

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

**“EL ROL DE LA Y EL TRABAJADOR SOCIAL EN SITUACIONES
TRAUMÁTICAS DESDE EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS”**

**MONOGRAFÍA PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

AUTORA:

MARÍA JOSÉ SALAZAR SALAZAR.

C.I. 0105160188

DIRECTORA:

DRA. SANDRA JACKELINE URGILES LEÓN

C.I 0101872851

CUENCA – ECUADOR

NOVIEMBRE - 2017



RESUMEN

El presente trabajo de graduación tiene como objetivo principal analizar el rol de la y el trabajador social en situaciones traumáticas desde el modelo de intervención en crisis con la finalidad de brindar una ruta de actuación profesional, para lo cual presenta una propuesta de modelo de intervención a ser aplicado por el profesional en Trabajo Social en los procesos de duelo familiar ante una discapacidad congénita de un niño o niña.

El trabajo metodológico comprende un estudio de tipo descriptivo y deductivo puesto que se vale de diferentes postulados y aportes de profesionales de trabajo social, psicólogos y terapeutas expertos en esta temática para crear una base teórica que fundamente la propuesta de modelo de intervención. Como técnica de investigación principalmente se ha utilizado la revisión bibliográfica y la lectura para la selección y análisis de conceptos y teorías.

Como resultado general, se pone a disposición del futuro profesional, un modelo de intervención que puede ser aplicado al momento de comunicar a los padres de familia sobre la presencia de discapacidad congénita en su hijo o hija.

Palabras clave: trabajo social, intervención en crisis, modelo de intervención, duelo familiar, experiencia traumática.



ABSTRACT

The main objective of this graduation work is to analyze the role of the social worker in traumatic situations from the intervention model in crisis with the purpose of providing a professional action route, for which he presents a proposal of intervention model to Be applied by the professional in Social Work in the processes of family mourning to a congenital disability of a child.

The methodological work includes a descriptive and deductive study since it uses different postulates and contributions from social work professionals, psychologists and therapists who are experts in this subject to create a theoretical basis for the proposal of an intervention model. As a research technique, bibliographical review and reading have been used for the selection and analysis of concepts and theories.

As a general result, a model of intervention is available to the future professional, which can be applied when parents are informed about the presence of congenital disability in their son or daughter.

Keywords: social work, crisis intervention, intervention model, family grieving, traumatic experience.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
CLAUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	6
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	12
EVENTOS TRAUMÁTICOS Y SITUACIÓN DE CRISIS	12
1.1. Definición de traumas	12
1.2. Evento traumático	14
1.3. Tipos de traumas	16
1.4. Identificación de crisis y situaciones traumáticas	17
1.5. Definición de crisis	20
1.6. Tipos de crisis	22
1.7. Factores que desencadenan situaciones traumáticas y de crisis	23
1.8. Fases de la crisis	25
Fuente: Hernández & Gutiérrez, 2014	27
1.9. Características de la crisis	28
CAPITULO II	30
MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS	30
2.1. Conceptualización del Modelo de Intervención en Crisis	30
2.2. Reseña histórica del modelo de intervención en crisis	33
2.3. Naturaleza de la intervención en crisis	34
2.3.1. Naturaleza de la intervención	35
2.3.2. Naturaleza de la intervención desde el Trabajo Social	37
2.4. Proceso de intervención en crisis	38
2.5. Metodología de la intervención en crisis	41
CAPITULO III	45



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROCESOS DE DUELO FAMILIAR ANTE UNA DISCAPACIDAD CONGÉNITA DE UN NIÑO O NIÑA BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS	45
3.1. Introducción.....	45
3.2. Aspectos legales	46
3.3. Objetivos.....	49
3.4. Alcance.....	50
3.5. Plan general de actuación.....	51
3.6. Organigrama	52
3.7. Actividades del trabajador/a social en las intervenciones.....	66
3.8. Ficha de evaluación	68
3.9. Informe de evaluación.....	70
3.10. Fichas de los procesos de intervención	72
3.11. Informe de evaluación final	73
3.12. Ficha de seguimiento	73
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS	82



CLAUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



Universidad de Cuenca
Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

María José Salazar Salazar en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la Monografía "El rol de la y el trabajador social en situaciones traumáticas desde el modelo de intervención en crisis", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, noviembre de 2017

María José Salazar Salazar

C.I 010516018-8



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca
Cláusula de Propiedad Intelectual

María José Salazar Salazar, autora de la Monografía "El rol de la y el trabajador social en situaciones traumáticas desde el modelo de intervención en crisis", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, noviembre de 2017

María J. Salazar

María José Salazar Salazar

C.I. 010516018-8



DEDICATORIA

Dedicado con amor a mis padres, Luis Salazar y Natalia Rendón, a mi esposo Carlos Cardoso y a mi hija Sury Arleth.

A mis abuelos por su esfuerzo, ejemplo y sabiduría

María José Salazar S.



AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primero a Dios por guiar mis pasos.

A mis maestros y compañeros universitarios por su consejo y ayuda durante los años de estudio.

Un agradecimiento especial a mi directora, Dra. Sandra Urgilés, por su paciencia, su entrega y por compartir conmigo su sabiduría para realizar este trabajo con éxito.

María José Salazar S.

INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso del ciclo vital, podemos evidenciar que los seres humanos en su diario vivir se encuentran afectados e inmersos en situaciones traumáticas y de crisis condicionadas por el entorno: socio-cultural, familiar, económico, educativo, laboral y de salud del que provienen, factores que producen estrés y desestabilización emocional, física y psicológica lo cual dificulta su sana convivencia, pues al encontrarse en dicho estado, las personas colapsan deteriorando su desarrollo integral y relacional con su medio inmediato, por lo que requiere una actuación emergente y propicia de un equipo multidisciplinario integrado por un Trabajador Social, puesto que, al estar en interacción constante con diferentes personas, que presentan situaciones traumáticas, es el primer profesional en abordar esta problemática evidenciando la necesidad de brindar atención inmediata para evitar que se desarrolle un trastorno por estrés postraumático.

El objetivo en trabajo social, dice Sánchez (2004) “es ayudar al individuo en crisis a que logre un estado tolerable de confort emocional, para que pueda afrontar su situación, así como a obtener un conocimiento más preciso y efectivo de lo que le pasa” (p. 170). De ahí que, el rol de trabajador social en el planteamiento de un modelo de intervención en crisis, es importante pues su labor parte del abordaje sistémico para la comprensión del problema e incluye en la intervención elementos personales, relacionales, grupales y la utilización de recursos sociales para ayudar al individuo a través de la comprensión del sufrimiento, la contención, clarificación de sentimientos, permitiéndole recuperarse y continuar con su vida personal y de relación con los demás.

De esta manera, al ser el Trabajo Social una profesión que promueve el cambio social, los derechos humanos y el bienestar de los individuos, grupos y comunidades es de vital importancia profundizar dicha temática, por lo que se propone un protocolo de intervención en crisis a partir del análisis de los aportes de profesionales de trabajo social, psicólogos y terapeutas expertos en esta temática, con la finalidad de abordar de manera holística a estas personas mejorando su situación dimensionalmente, garantizando así su desarrollo integral y relacional con su medio inmediato.



En tal sentido, el objetivo general de esta investigación es analizar el rol de la y el trabajador social en situaciones traumáticas desde el modelo de intervención en crisis con la finalidad de brindar una ruta de actuación profesional. Mientras que sus objetivos específicos son: a) Precisar factores y situaciones traumáticas; b) Identificar los diferentes enfoques de intervención en crisis para el abordaje de las personas que presentan experiencias traumáticas; y, c) Establecer propuestas de intervención en situaciones traumáticas y de crisis como aporte a la metodología de la actuación profesional.

En cuanto al procedimiento metodológico, la investigación se ha realizado con la aplicación del método descriptivo y deductivo, con lo cual se parte de diferentes postulados sobre la intervención en crisis a partir del análisis de los aportes de profesionales de trabajo social, psicólogos y terapeutas expertos en esta temática y finalmente se propone un modelo de intervención a ser aplicado por el profesional en Trabajo Social en los procesos de duelo familiar ante una discapacidad congénita de un niño o niña.

Como técnica de investigación se ha aplicado la revisión bibliográfica que permite un acercamiento conceptual y estructural en cuanto a las fuentes documentales como libros, revistas, diccionarios, artículos, y otros documentos que, a través de la lectura comprensiva, permiten a establecer criterios y extraer conclusiones valiosas para la temática a tratarse.

El informe final presenta tres capítulos: el primer capítulo expone los fundamentos teórico-conceptuales en torno a los eventos traumáticos y las situaciones en crisis; mientras el capítulo dos está dedicado al fundamento de la intervención en crisis y el modelo de intervención; en el capítulo tres se desarrolla la propuesta de intervención ante procesos de duelo familiar ante una discapacidad congénita de un niño o niña. Finalmente, se plantean las conclusiones y recomendaciones a las que ha llegado la investigación.



CAPÍTULO I

EVENTOS TRAUMÁTICOS Y SITUACIÓN DE CRISIS

1.1. Definición de traumas

La palabra *trauma* tiene origen griego y su significado alude a una herida, por lo que es usada tanto en la medicina para referirse a heridas físicas, así como se la utiliza en la psicología para aludir a un conflicto psíquico o un fenómeno psicopatológico que sufre un individuo. Así, Salvador (2011), define el trauma de la siguiente manera:

Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobre pasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. (p.5)

En este contexto, el trauma genera temor, que muchas de las veces pueden llegar a convertirse en una fobia el recuerdo de determinado suceso traumático, que impide que el individuo asuma adecuadamente lo sucedido, dejando los recuerdos organizados en “percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales” (Salvador, 2011).

Sobre este último aspecto, el evento traumático tiene incidencia tanto sobre la persona que lo sufre directamente, como la sociedad en su conjunto, y por supuesto, puede impactar el entorno familiar de la persona afectada. De igual manera, el trauma puede llegar a modificar los sistemas de valores y creencias a nivel personal, familiar y social. Por tal razón, el enfrentamiento de las situaciones traumáticas requiere de un trabajo personal y familiar donde todos participen en un trabajo conjunto.

En general, dice Gaborit (2006), los traumas son de gran intensidad, imprevisibles, infrecuentes y varían en duración de agudos a crónicos. Por otra parte, las personas que sufren algún trauma, pueden presentar respuestas en

tres momentos: reacciones iniciales, reacciones secundarias y estrés post-traumático:

Reacciones iniciales: las primeras respuestas psicológicas de una persona que ha sufrido un trauma son la re-experimentación del trauma y la evitación, las cuales toman diversas formas de experiencias y síntomas cognitivos, afectivos, de conducta y fisiológicos que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Manifestaciones de re-experimentación y evitación del trauma

Modo	Re-experimentación	Evitación
Cognitivo	-Pensamientos intrusivos -Imágenes intrusivas	-Amnesia -Despersonalización
Afectivo	-Ansiedad -Enojo, ira	-Insensibilidad emocional -Aislamiento del afecto
Conductual	-Aumento de actividad -Agresión	-Evitación de situaciones relacionadas con trauma.
Fisiológico	-Reactividad fisiológica a los recuerdos del trauma	-Insensibilidad o entumecimiento sensorial.
Múltiple	-Flashbacks (imágenes retrospectivas) -Pesadillas	-Actividades complejas en estados disociados.

Fuente: Gaborit, 2006

Elaborado por: María José Salazar

En estas primeras reacciones las personas expresan temor a que el suceso se repita, vergüenza por lo sucedido o por su poca capacidad de defensa, sentimiento de vacío profundo, enojo e ira hacia las causas del trauma, también se presenta profunda tristeza cuando el trauma ha involucrado la pérdida de personas cercanas.

Reacciones secundarias: Bowman (1997), citado por Gaborit (2006), asegura que las personas que han sufrido un trauma importante, tienden a presentar reacciones secundarias, como: depresión, baja autoestima, trastornos en la identidad, dificultades en las relaciones interpersonales, y

sentimientos de vergüenza y culpabilidad. La depresión es una de las reacciones más comunes y conlleva a que las personas experimenten sentimientos de apatía o desesperanza, pensamientos negativos, pérdida del apetito y perturbaciones en el sueño, lo que se produce porque “las personas responden con estados depresivos cuando no pueden controlar el medio ambiente, cuando ven que cualquier cosa que ellas puedan hacer no cambia su situación, cuando no pueden controlar los propios sentimientos de ansiedad e inadecuación” (Gaborit, 2006, p. 24).

Estrés post-traumático: este tercer tipo de reacción al trauma es considerado como una respuesta normal frente a un acontecimiento anormal, es un cuadro clínico que es particularmente incapacitante para la persona que lo sufre. Así pues, el estrés post-traumático se presenta como algo normal hasta que se manifiesta más allá del tiempo que debería y, en consecuencia, representa una severa limitación para que la persona pueda asumir su vida con normalidad, entorpeciendo las relaciones interpersonales.

Tomando en cuenta estas respuestas frente a una crisis, es importante la intervención y disponibilidad constante del trabajador social durante cualquiera de estos momentos, de manera que se pueda evitar lo más posible que el período de crisis se prolongue. El trabajador social tiene un papel importante de ayuda a través de herramientas que permitan solucionar los diversos problemas que presentan estas situaciones de tensión, por tanto, corresponde a su profesión estar dispuesto a prestar la ayuda que necesita la persona para enfrentar el trauma.

1.2. Evento traumático

Un evento traumático es un suceso (accidente, catástrofe, entre otros) que en algún momento sucede en la vida del individuo y que compromete o amenaza su bienestar emocional, puesto que se produce un impacto psicológico significativo.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría APA (2000), define un evento



traumático como: “exposición a un evento estresante y extremadamente traumático donde la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muerte o amenaza a su integridad física o la de los demás” (APA, 2000, p. 439).

Se puede decir entonces, que el impacto que esta experiencia o suceso traumático tenga en la víctima, depende de factores externos como la intensidad del suceso, la duración del evento y la acumulación previa de otros sucesos estresantes en su vida; así mismo, su capacidad para recuperarse de estos sucesos, dependerá también de estos factores y de su disposición para salir adelante.

En tal sentido, la experiencia se convierte en un trauma conforme a la vulnerabilidad de la víctima para desarrollar reacciones negativas, es decir, cuando presenta fragilidad emocional antecedida por una historia traumática previa, lo cual provoca que la persona se sienta sobrepasada frente a estas situaciones que en cierto momento se ve obligada a enfrentar. Al respecto Echeburúa & de Corral (2007)

En estos casos la persona es incapaz de adaptarse a la nueva situación y puede sentirse indefensa y perder la esperanza en el futuro, lo que le impide gobernar con éxito su propia vida y es fuente de problemas adicionales (malestar emocional, abuso del alcohol, dificultades en las relaciones interpersonales e interferencia negativa en la actividad laboral o académica). (p. 375)

Para enfrentar estas situaciones traumáticas algunas personas con mayor sensibilidad o que han vivido una experiencia de mayor impacto, las personas necesitan de ayuda oportuna de profesionales, como es el caso del trabajador social para cubrir los requerimientos de la víctima y brindar el apoyo familiar y social adecuado para sobrellevar y superar el trauma, de modo que estas personas puedan volver a su vida normal, volver a su trabajo, volver a relacionarse con los demás, disfrutar del quehacer diario, e incluso, implicarse en nuevos proyectos.



Por el contrario, cuando las personas que enfrentan experiencias traumáticas no han recibido la atención profesional oportuna, tienen mayor riesgo de quedar atrapadas en el suceso sufrido y viven atormentadas por el sufrimiento constante y se aíslan socialmente, llegando incluso a adquirir conductas peligrosas como: beber alcohol en exceso, comer de manera desmedida, perder el apetito, automedicarse, entre otras conductas que atentan con la integridad propia y de quienes los rodean.

Es por esta razón, que la intervención del trabajador social toma importancia porque le permite acompañar a las personas que han sufrido sucesos traumáticos, ayudándolos de manera concreta y efectiva para hacer que la situación sea más llevadera. El profesional debe contar no solo con el conocimiento teórico, sino que además debe tener cualidades humanas de una persona ética y sensible para poder ganarse la confianza de la víctima y transmitir un sentimiento de empatía que facilite su actuar profesional, especialmente si se toma en cuenta que estas personas se encuentran en estados de vulnerabilidad y algunas veces las determinaciones que tome el trabajador social pueden llegar a afectarlos de manera negativa y comprometer la intervención.

1.3. Tipos de traumas

Generalmente los eventos traumáticos se presentan de manera inesperada y son incontrolables, por lo que golpean intensamente el sentimiento de seguridad y la autoconfianza de la persona que experimenta el trauma, llegando a provocar importantes reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno, por miedo a que se repita. Algunas situaciones que representan eventos traumáticos, pueden ser: accidentes, desastres naturales (huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, tsunamis, inundaciones, etc.), muerte inesperada de familiares, asaltos (especialmente si son a mano armada), violaciones, abusos físicos, abusos sexuales en la infancia, torturas, secuestros, entre otros.

De acuerdo con el tipo de evento traumático, el trauma puede ser individual y/o colectivo:

El trauma individual: el trauma individual es “un golpe a la psiquis que rompe las defensas de las personas de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz” (Benyakar, 2006). Algunas características del trauma individual, son: torpeza en las acciones, temor a la naturaleza, sentimiento de vulnerabilidad y soledad ante el desamparo de todos.

El trauma colectivo: el trauma colectivo es “un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad” (Benyakar, 2006). Así, complementa Markez (2016), los traumas que afectan a una colectividad, sustentados en un determinado tipo de relaciones sociales, que a su vez mantienen la prevalencia de hechos traumáticos, provocan efectos psicosociales globales y tienen unos efectos colectivos, no reducibles al impacto individual que sufre cada persona.

1.4. Identificación de crisis y situaciones traumáticas

Es importante empezar por mencionar que no todas las personas reaccionan de la misma manera, así como tampoco todas presentan todos los síntomas, dándose variaciones individuales según cada persona.

Identificación de personas que enfrentan crisis: Las personas, tras una crisis, presentarán algunos de estos síntomas en mayor o menor medida.

Tabla 2. Signos y síntomas ante una situación de crisis

Emocionales	Cognitivos	Comportamentales	Fisiológicos
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad anticipatoria• Ansiedad generalizada• Reacciones de pánico• Shock• Miedo• Sentimientos de culpa• Enfado• Rabia• Irritación	<ul style="list-style-type: none">• Culpabilidad• Preocupación• Bloque mental• Sensación de pérdida de control• Negación• Amnesia• Confusión• Ideación autolítica• Sensación de impotencia	<ul style="list-style-type: none">• Hiper o hipoactividad• Trastornos del habla (verborrea, mutismo, inhibición)• Desconfianza• Trastornos de la alimentación• Abuso en la ingesta de tóxicos (alcohol, drogas)• Alteraciones del	<ul style="list-style-type: none">• Hipersudoración• Palpitaciones• Taquicardia• Hiperventilación• Opresión torácica• Tensión muscular• Cefalea• Midriasis• Sensación de ahogo• Mareos

<ul style="list-style-type: none"> • Hostilidad abdominal • Rencor • Tristeza • Depresión • Aflicción • Desesperación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de concentración • Dificultades en la toma de decisiones • Alteraciones de la alerta • Desorientación tiempo-espacio • Alteraciones de la conciencia • Sensación de extrañeza o irrealidad 	<ul style="list-style-type: none"> • sueño • Fatiga • Agresividad • Actos antisociales • Hipocondriasis • Cambio o pérdida de rol social • Lloros • Gritos • Aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, malestar • Parestesias • Escalofríos y temblores
---	--	---	---

Fuente: Fernández, 2010

Elaborado por: María José Salazar

Identificación de personas que enfrentan situaciones traumáticas: En la siguiente tabla se recogen los criterios diagnósticos básicos del estrés post-traumático, tal como lo define el DSM-IV.

Tabla 3. Criterios para el diagnóstico de eventos traumáticos

<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se han dado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes, amenazas para su integridad física o de los demás. 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <p>Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</p>
<p>B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. <p>Nota: En los niños pequeños, estos pueden expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar. <p>Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está

ocurriendo (por ejemplo, sensación de estar reviviendo la experiencia, flashbacks, ilusiones, alucinaciones).

Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos, que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos, que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzo para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensaciones de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera tener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para conciliar el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultad para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses. Crónico: si los

síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Fuente: Gaborit, 2006

Elaborado por: María José Salazar

Aunque muchas personas logran superar la crisis con relativa facilidad y rapidez; en general, las primeras muestras que presentan las personas que han sido afectadas por una crisis o evento traumático, es irritabilidad, lo que les lleva, no en pocas ocasiones, a exabruptos de cólera y manifestaciones de hostilidad que no pueden controlar. También se presenta con más frecuencia depresión, al cual se le asocian problemas de sueño, aislamiento social, autoestima baja y reducida capacidad de concentración.

En este sentido, el trabajo social no interviene directamente sobre la situación de crisis, sino que su función es intervenir sobre el individuo que la sufre, de manera que se busca ayudarlo a comprender la situación de crisis que está pasando y ayudarlo a superarla a través de la adaptación, para que pueda retornar a un estado funcional que le devuelva su equilibrio normal tanto en la vida personal, como en el trabajo y las relaciones sociales y familiares.

1.5. Definición de crisis

Una crisis se presenta como un cambio brusco y repentino en el desarrollo de algún suceso, este cambio puede darse de manera física o simbólica. La psicología establece que una crisis puede ser tan común como necesaria en el desarrollo de los individuos, aludiendo que no siempre la crisis es negativa, es decir, pueden presentarse crisis leves que representen más bien una oportunidad para que el individuo desarrolle o descubra sus capacidades/habilidades para resolverlas, hacerles frente y aprender de ellas.

Una crisis, de acuerdo con Slaikeu (1988), citado por Fernández (2010), es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas,

y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 6).

Viscarret (2009), advierte en su concepción de crisis otra dimensión interesante para el Trabajo Social como es la subjetividad. Señala que un conjunto de circunstancias o condiciones que construyen una crisis para un individuo pueden no serlo para otro. Así, la observación de una araña puede provocar una reacción fóbica que puede ser visualizada justificadamente como una situación de crisis para la persona implicada, mientras que, por ejemplo, el nacimiento de un niño discapacitado mentalmente puede ser manejado mejor, razones por las cuales los pioneros abandonaron la tarea de definir que es una crisis.

Como se trata de un suceso, de acuerdo con Hernández y Gutiérrez (2014), la crisis presenta los siguientes elementos:

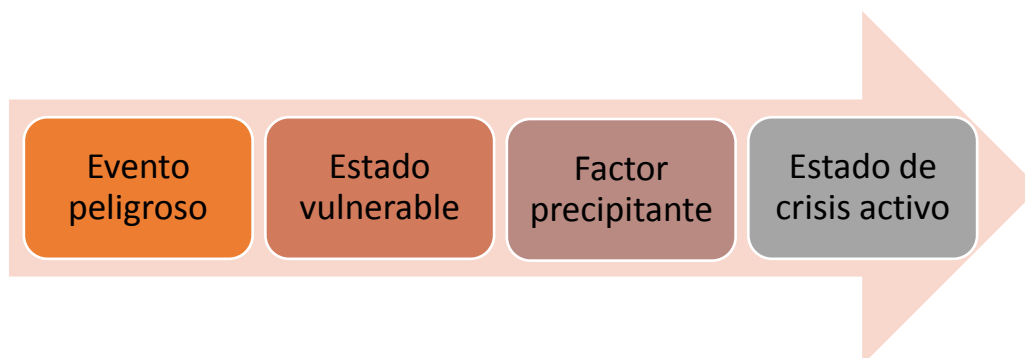


Gráfico 1. Elementos de crisis

Fuente: Hernández & Gutiérrez, 2014

Elaborado por: María José Salazar

Evento peligroso: es un suceso estresante que se presenta de manera anticipada, inesperada y accidental en un momento de relativa estabilidad en la vida del individuo, y que da origen a una serie de acciones y reacciones en cadena.

Estado vulnerable: es la reacción subjetiva ante el evento peligroso, cuando este ocurre y posteriormente, la persona responde según sea su percepción del evento.



Factor precipitante: es el eslabón entre los eventos causantes de la tensión que convierte al estado vulnerable en un estado peligroso, es lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente.

Estado de crisis activo: Describe al individuo que se encuentra en estado de desequilibrio, a quien la tensión ha invadido y cuyos mecanismos homeostáticos se han roto. Este estado de malestar se ve acompañado por una dolorosa preocupación por los eventos que condujeron a la crisis.

1.6. Tipos de crisis

De acuerdo con Fernández (2010), las crisis pueden ser a) del desarrollo o evolutivas (esperables) o ser b) circunstanciales (accidentales inesperadas o imprevisibles):

Crisis del desarrollo: Son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud, presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva. “Las crisis de desarrollo son eventos normales en el crecimiento y desarrollo del ser humano que conllevan cambios dramáticos y pueden producir respuestas anormales” (Córdova, 2014)

Ejemplo de esto son, el nacimiento de un bebé, cambio de empleo, el matrimonio, el retiro y la vejez. Todos estos momentos son normales dentro de la vida de cualquier persona, pero tienen la característica de producir cambios en ella. “Estos cambios amenazan la vida, puesto que la modifican y el individuo debe adaptarse a la nueva situación y aprender nuevas conductas más útiles para la situación actual” (Mascaraque & Corral, 2009), es decir, son momentos críticos e la vida de cualquier individuo, pero no dejan de estar enmarcados dentro de su desarrollo vital normal.

Algunas situaciones de crisis del desarrollo pueden ser:

- Crisis del nacimiento e infancia
- Crisis de la pubertad y adolescencia



- Crisis de la primera juventud
- Crisis de la edad media de la vida
- Crisis de la tercera edad (Fernández, 2010)

Crisis Circunstanciales: Son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados). “Las crisis circunstanciales surgen cuando ocurren eventos poco comunes o extraordinarios que la persona no puede predecir o controlar” (Córdova, 2014). Esto puede ser un accidente, robo, enfermedad, muerte, un terremoto, desempleo, una demanda u otros.

Algunas situaciones de crisis circunstanciales pueden ser:

- Separación
- Pérdidas
- Muerte
- Enfermedades corporales
- Desempleo
- Trabajo nuevo
- Fracaso económico
- Violaciones
- Incendios
- Accidentes
- Otros. (Fernández, 2010)

1.7. Factores que desencadenan situaciones traumáticas y de crisis

Existen factores que influyen en la manera en que las personas reaccionan ante determinada situación, y que, funcionan como desencadenantes de un evento traumático o una crisis, aunque, como se ha dicho, algunas personas sobresalen de la crisis o el trauma sin mayor afectación, encontrando en ellas una oportunidad para crecer a nivel personal; sin embargo, no todas tienen esa



misma capacidad, y esto depende de al menos cinco factores que se describen a continuación, de acuerdo con lo señalado en el trabajo de Gaborit (2006):

1. Factores biológicos: Existen dos factores biológicos que inciden, de manera importante, en las respuestas que dan las personas ante un evento traumático: predisposición biológica o genética a la vulnerabilidad y cambios biológicos resultantes de la experiencia traumática.

En cuanto a la **predisposición biológica o genética a la vulnerabilidad**, ciertas personas son más vulnerables en situaciones de alto estrés debido a diferencias genéticas en temperamento. Así, algunos individuos presentan predisposiciones innatas en cuanto al funcionamiento cerebral asociado su temperamento, en situaciones de estrés y emergencia.

Con respecto a aquellos **cambios biológicos que resultan de la experiencia traumática** misma, se hace referencia a los cambios neurológicos en algunas estructuras cerebrales (por ejemplo, lóbulo temporal, amígdala e hipocampo) que se dan después de un trauma y que tienen relación con alteraciones en las funciones neurotransmisoras del organismo.

2. Nivel de desarrollo: Aunque la relación que existe entre el nivel de desarrollo psicosocial en el que se encuentra la persona, especialmente los niños y las niñas, y la reacción al trauma es bastante compleja, con todo se pueden obtener algunas conclusiones ampliamente aceptadas. Existe una correlación negativa entre la edad de la persona y la severidad de los síntomas. Cuanto más joven sea la persona mayor será la sintomatología exhibida como respuesta a un evento traumático, es decir, que el impacto será mayor en niños de 2 a 7 años cuando comienza a aparecer la auto-estima y las tareas evolutivas de auto-regulación y control, que en la temprana edad adulta.

3. Severidad del trauma: Cuanto más severo es el trauma, mayores son las probabilidades de que las personas reaccionen más negativamente al evento. La intensidad, naturaleza y duración del trauma determinarán, en gran medida, si las personas exhiben sintomatología post-traumática, especialmente porque incide de manera directa en la percepción de control sobre los eventos.

4. Contexto social: Este apoyo social tiene una relación directa con la red de relaciones interpersonales que la persona ha desarrollado a lo largo de su vida y con la que cuenta en situaciones normales y de emergencia. El apoyo social tiene, igualmente, referencia a la creencia de la persona de que otros la valoran positivamente, y que desean ayudarla y cuidarla en momentos de emergencia. Así el contexto social, también es un factor importante en el manejo y resolución de la crisis, pues, generalmente, la ayuda más importante que reciben las personas para recuperarse de situaciones adversas de crisis es la cantidad de apoyo social que reciben.

5. Características de personalidad: La literatura sobre el efecto que tienen algunas características de personalidad sobre la reacción ante un desastre o trauma es bastante amplia. Entre las más estudiadas se encuentran la personalidad Tipo A, que se refiere a un conjunto de disposiciones conductuales caracterizadas por marcados esfuerzos competitivos de logro, hostilidad, impaciencia y prisa en la ejecución de tareas cotidianas y normales; además, las personas Tipo A tienden a utilizar más mecanismos de negación, proyección y evitación que los ayudan a enfrentar y resolver más temprano las situaciones traumáticas, a diferencia de personas Tipo B, que son más sensibles a estos sucesos y perciben mayor afectación.

Teniendo en cuenta estos factores desencadenantes, la finalidad del Trabajo Social es ayudar a las personas, a las familias y a los grupos sociales en general, a desarrollar respuestas emocionales y sociales que les permitan aprovechar las oportunidades del acompañamiento para recuperarse a nivel personal, pero también para recuperarse en un contexto familiar y social, garantizando su bienestar, considerando siempre que la víctima no es un miembro individual, sino que es parte de un grupo.

1.8. Fases de la crisis

Las crisis, según lo explica Angarita (2007), evolucionan en la medida que pasan por varias de las siguientes etapas:



1. Ocurrencia del evento vital

- Aumento de la tensión emocional
- Empleo de mecanismos habituales de solución de problemas

2. Fracaso de los mecanismos utilizados + persistencia del evento vital

- Mayor aumento de la tensión
- Inicio de la desorganización, ineficacia, minusvalía

3. Ensayo de nuevos mecanismos de enfrentamiento

- Atenuación del evento vital
- Éxito de los nuevos mecanismos de enfrentamiento
- Redefinición del problema
- Planteamiento de nuevas metas

Cuando no ocurre ninguno de los resultados del paso 3, entonces:

4. Aumento de la tensión a límites insoportable

- Grave desorganización emocional y conductual. (Angarita, 2007, p. 197)

Por su parte, Fernández (Fernández, 2010) identifica cuatro fases que, al contrario de Angarita (2007), apuntan al enfrentamiento de la crisis y la búsqueda de la reorientación; así, tenemos: Fase aguda, Fase de reacción, Fase de reparación. Fase de reorientación.

Fase aguda: Esta fase empieza una vez que se ha dado el suceso y han pasado los primeros momentos, en los cuales se producen estados afectivos intensos y respuestas emocionales como: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, sensación de irrealidad. En ocasiones esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, etc.

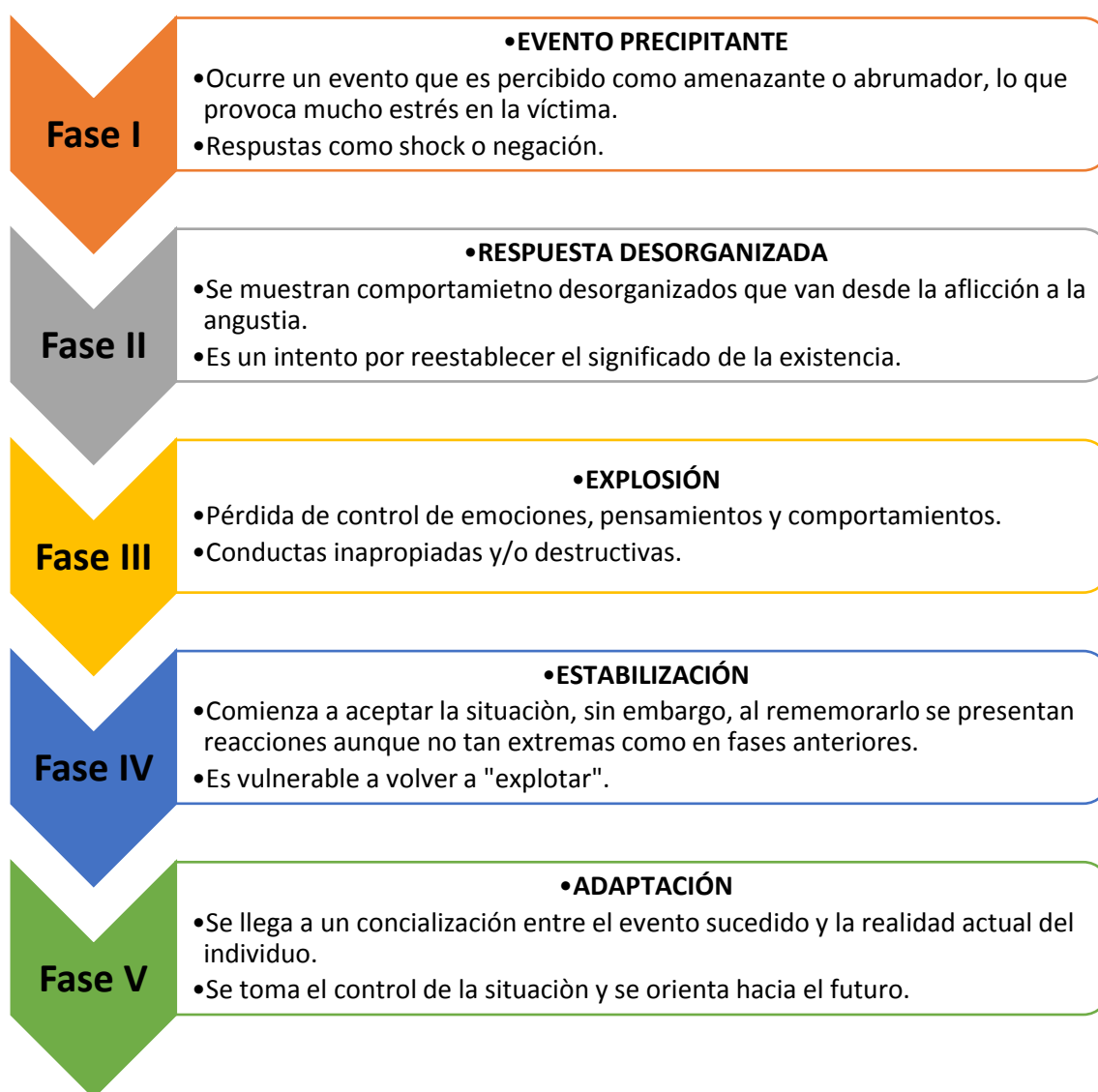
Fase de reacción: Dura de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, como: temor a regresar al evento, sueños o pesadillas, ansiedad, tensión muscular.

Fase de reparación: Dura de uno a seis meses. Se diferencia en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro.

Fase de reorientación: Dura aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Se vuelve importante evaluar las necesidades actuales. (p. 8-9)

Finalmente, y en este mismo sentido de la recuperación del individuo frente al trauma, Hernández y Gutiérrez (2014), establecen cinco fases:

Gráfico 2. Fases de la crisis



Fuente: Hernández & Gutiérrez, 2014

En general, estas diferentes fases que tiene una crisis demuestran que ante esta nueva experiencia crítica que vive el ser humano, es necesario captarla, entenderla e integrarla de manera adecuada conforme a las características propias de cada individuo para que el afrontamiento sea cauteloso y se reduzcan las consecuencias, fortaleciendo así, aprendizajes que sirvan para el crecimiento personal del individuo que ha vivido dicha crisis.

1.9. Características de la crisis

Tal como se ha dicho anteriormente, una crisis se puede presentar una o varias veces a lo largo de la vida del ser humano; sin embargo, existen crisis que se presentan de manera más brusca e interrumpen el normal curso nuestra vida e influyen en nuestro desarrollo personal.

Una crisis es la respuesta a eventos peligrosos y es vivida como un estado doloroso. Es por esto que la persona tiende a movilizar reacciones muy poderosas que le ayudan a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio que existía antes del inicio de la crisis. Si esto sucede, la crisis puede ser superada y además el sujeto aprende a emplear nuevas estrategias adaptativas que le pueden ser de utilidad en el futuro. (Fernández, 2010)

Así, las crisis pueden ser evolutivas porque se presentan de manera previsible en alguna de las etapas vitales del desarrollo, o bien pueden ser crisis circunstanciales que se presentan de manera inesperada o accidental, y que, por lo general, tienen mayor influencia en la trayectoria vital y comprometen nuestro equilibrio emocional.

Los tres elementos básicos de una crisis son:

1. La ocurrencia de un evento de tensión.
2. Los afectados por el evento y que tienen dificultad para lidiar con él.
3. El momento de la intervención. (Fanjul, Lizón, Rosat, & García, 2006)

Córdoba (2014) detalla que las crisis se dan cuando las capacidades del individuo no son suficientes para afrontar el problema, e indica que los indicadores de una crisis son:



- Incapacidad de los miembros para desempeñar los roles y las tareas habituales.
- Incapacidad para tomar decisiones y resolver problemas.
- Cambio de foco de búsqueda de la supervivencia familiar a la supervivencia individual.

De esta manera, del modo que se superen estas crisis dependerá el restablecimiento saludable de dicho equilibrio emocional para que el individuo pueda continuar con una vida satisfactoria o, por el contrario, se produzca un deterioro que haga que no avance y se quede estancado en este momento de la vida y que a partir de aquí su vida gire en torno a este suceso sin conseguir progresar.

En este sentido, las características de una crisis son:

1. Se origina en situaciones traumáticas externas.
2. Hace que uno experimente una amenaza real de perder algo importante.
3. Nos fuerza a aplicar nuevas maneras de lidiar con nuestros problemas.

(Fanjul, Lizón, Rosat, & García, 2006, p. 253)

Con respecto a las características de una crisis, es importante insistir que, ante la crisis, es necesario valorar la situación y la habilidad que los individuos tienen para manejarla, para lo cual, el trabajador social interviene de forma inmediata con la víctima en situación de crisis a través de cortas y rápidas intervenciones para cubrir necesidades primarias de este individuo, como ser escuchado y sentir que el trabajador social es empático con su situación, es decir, que comprende por lo que está pasando y que tiene disposición para ayudarlo durante su proceso de recuperación.

CAPITULO II

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

2.1. Conceptualización del Modelo de Intervención en Crisis

Un modelo, en el marco del Trabajo Social, de acuerdo con Viscarret (2009), constituye “una herramienta importante de análisis, descripción y predicción que sirve para llevar a cabo la sistematización, control y comprensión de los aspectos más relevantes de la realidad física y social” (p. 301). De esta manera, un modelo se presenta como un esquema básico de comportamiento provisto por la ciencia a partir de un conjunto de enunciados teóricos, investigación científica y pruebas de observación o experimentación, que, al formar parte de un modelo exponen ideas y conclusiones válidas que se consideran como válidos o verdaderos para ser aplicados en campos determinados, en este caso, en la intervención en crisis.

Con respecto a la intervención en crisis, de acuerdo con Echeburúa y del Corral (2007) los sucesos más traumáticos (las agresiones sexuales, la violencia de pareja, los atentados terroristas, etc.) dejan frecuentemente secuelas emocionales crónicas y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas.

En tal sentido, Swanson y Carbón (1989), citados por Fernández (2010), proponen cinco indicadores que aconsejarían una intervención:

1. Evidencia de un precipitante específico.
2. Evidencia de un aumento de ansiedad y emociones dolorosas.
3. Evidencia de quiebra reciente de habilidades de resolución de problemas.
4. Evidencia de capacidad y motivación para el cambio.
5. Evidencia de que la demanda es previa a la instalación de las ganancias secundarias a las estrategias desadaptadas. (Fernández, 2010, p. 20)



Estos son motivos más que suficientes para intervenir, pero intervenir sin patologizar, sin alarmar; con la intención de dar apoyo, normalizando y buscando fortalezas de la propia persona, trabajar para reducir la incidencia, la duración y la severidad de la crisis, ayudando al individuo a clarificar, y de esta manera, reconocer y aceptar, las emociones conflictivas despertadas por la crisis, y encarar el futuro con nuevas expectativas.

Así, para contrarrestar dichos traumas y evitar las secuelas, el profesional en Trabajo Social cuenta con herramientas de apoyo a las víctimas como la intervención en crisis, que, a decir de Angarita (2007), "es un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos emocionales se aminore y la probabilidad de crecimiento personal se incremente" (p. 199). Mientras que para Fernández (2010) la intervención en crisis es "una acción clásica que consiste en interrumpir una serie de acontecimientos que provocan anomalías en el funcionamiento normal de las personas" (p. 21).

En otras palabras, la intervención en crisis comprende un proceso sistemático que plantea un conjunto de acciones de distinta complejidad que sirven para brindar apoyo a un individuo que se encuentra en pleno proceso de crisis debido a una determinada experiencia traumática que ha vivido, pretende dar solución a los problemas causados por dicha experiencia que ha puesto al individuo en crisis.

Por su parte, Slaikeu (1996), citado por Rendón y Agudelo (2011), define la intervención en crisis como un "proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza" (p. 230).

La intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente. En general, la intervención en crisis puede



concebirse como las acciones de diverso grado de complejidad destinadas a ayudar a un individuo que se encuentra en pleno proceso de crisis.

En este contexto, los objetivos de la intervención en crisis, son:

- Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.
- Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.
- Evitar complicaciones adicionales.
- Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones, tan rápido como sea posible.
- Prevenir o mitigar el impacto del estrés postraumático.
- Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

En este sentido, el rol de trabajador social en el planteamiento de un modelo de intervención en crisis, es importante porque interviene con individuos que se enfrentan a situaciones difíciles pero temporales, y que no pueden enfrentar los problemas emergentes con sus recursos habituales, por lo que requieren de la ayuda de profesionales. Al respecto, Sánchez (2004), señala:

Ante una crisis, el individuo experimenta una tensión interna incontrolable, como es el caso de la ansiedad, depresión, miedo o desesperación. El objetivo en trabajo social en estos casos es ayudar al individuo en crisis a que logre un estado tolerable de confort emocional, para que pueda afrontar su situación, así como a obtener un conocimiento más preciso y efectivo de lo que le pasa. (p. 170)

De esta manera, el modelo intervención en crisis pone a disposición una red de recursos para generar relaciones apropiadas que le permitan al individuo enfrentarse con esos sentimientos negativos de culpa, depresión y ansiedad,



de modo que recupere la sensación de competencia personal y control para hacer frente a la situación y dar solución a los problemas.

2.2. Reseña histórica del modelo de intervención en crisis

Con respecto a la crisis, la teoría de crisis aparece con la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. De esta manera, Freud, con base en sus estudios de casos clínicos, demostró que el origen de síntomas físicos estaba ligado a una situación de conflicto familiar o de otra índole, que sucede en la vida del individuo. Posteriormente, Eric Erickson estudió las crisis evolutivas, describiéndolas como aquellas crisis por las que todo individuo atraviesa a lo largo de su ciclo vital y que forman parte de su desarrollo.

Con respecto a la intervención en crisis desde el Trabajo Social, según Viscarret (2009), se señala:

A lo largo de la evolución histórica del Trabajo Social se han ido generando diferentes modelos de práctica profesional, fundamentados en bases teóricas diferentes. Además, dichos modelos han ido cambiando y evolucionando al mismo tiempo que crecía la diversidad metodológica y epistemológica del Trabajo Social. (p. 302)

Así, de acuerdo con Hewitt y Gantiva (2009), la formulación de la intervención en crisis aparece con Eric Lindemann en 1944, quien estudió la reacción del individuo frente al duelo, y sus etapas. Aquí, Lindemann distinguió las etapas de reacción normal del duelo, de las respuestas mal adaptativas propias de duelos patológicos, determinando que al cabo de seis semanas la pena inicial: a) estaba siendo elaborada normalmente o, b) parecían síntomas psicológicos o psicosomáticos.

Por su parte, Viscarret (2009), indica que el modelo de crisis fue desarrollado por Lindemann y Caplan, a partir de estudios realizados en comunidades, grupos o individuos que afrontaban situación de catástrofe o de extrema tensión. De sus estudios, se destaca la importancia del tiempo y del momento



en que se aplica la intervención. En este sentido, Caplan definió crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un periodo de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones.

El dinamismo con que se presentan las situaciones de crisis y la diversidad de los casos, han hecho que vayan apareciendo cada vez modelos de intervención nuevos, como, por ejemplo, el modelo psicodinámico, el modelo humanista, el modelo crítico/radical, el modelo de gestión de casos, el modelo sistémico, el modelo centrado en la tarea, el modelo conductual-cognitivo, y por supuesto, el modelo de intervención en crisis que es el motivo de esta investigación.

Tal como se puede observar, existen varios modelos que se pueden aplicar para tratar casos de crisis, así como también son diversos los casos de crisis que se pueden presentar. Sin embargo, aunque la crisis puede ser variada, es importante tener en cuenta que toda crisis tiene un proceso similar en cuanto a la manera en que las personas reaccionan a ella, por lo que la intervención que se aplique deberá tener en cuenta estos procesos o fases para poder brindar una ayuda efectiva. Además, considerando lo antes anotado, resulta también importante el tiempo en que se aplique la intervención, la cual debería ser oportuna, es decir que, preferiblemente se ha de brindar atención a las personas cuando recién a ocurrido la crisis.

2.3. Naturaleza de la intervención en crisis

La naturaleza de la intervención en crisis por medio del modelo, se refiere a los diferentes objetivos que se plantean y que se pueden alcanzar con la intervención. Estos objetivos pueden ser de corto o largo plazo, y se refieren a objetivos en términos teórico-conceptuales y en términos operacionales. La naturaleza de la intervención en crisis tiene que ver también con los principios de acción que caracterizan al modelo que se aplica y a sus procedimientos, métodos y técnicas que se han seleccionado para aplicar la intervención.

La naturaleza de la intervención del Trabajo Social por medio del modelo. O lo que es lo mismo: a) los diferentes objetivos que se asigna o que puede alcanzar, tanto a corto o largo plazo y tanto en términos teóricos como operacionales. b) Los principios de acción que caracterizan el modelo y los procedimientos, los métodos y las técnicas por los que son aplicados. (Viscarret, 2009)

De esta manera, es importante señalar que los objetivos, principios y procedimientos deben estar articulados para que puedan ejercer una influencia positiva sobre los problemas que se están tratando en una situación específica, además, que deben ser coherentes con los problemas que se están tratando.

2.3.1. Naturaleza de la intervención

La intervención, tal como se ha mencionado, comprende un elemento práctico o una aplicación profesional, concretada por objetivos, acciones, procedimientos y métodos que se aplican para conseguir tales objetivos. En este sentido, la intervención en crisis está basada en matices teóricos y prácticas, entre las que Viscarret (2009), destaca:

a) Enfoque funcional: La teoría en la que se basa el enfoque funcional gira alrededor de la presunción de una fuerza de organización, la «voluntad» en la personalidad humana. Supone que la acción recíproca de los impulsos internos instintivos del individuo y las influencias ambientales es dirigida por el deseo individual de autonomía y crecimiento personal. El desarrollo de la personalidad se logra a través de las relaciones con otros seres, por medio de la «proyección» de las necesidades de una persona sobre la otra. Se alienta al cliente a sobreponerse a sus trastornos y ansiedades por medio de su voluntad de resolver su problema psíquico. (Viscarret, 2009, p. 306).

Así, por ejemplo, en la práctica profesional, el Trabajador Social frente a una situación de atención a un Adulto Mayor que está atravesando o asimilando un proceso de jubilación, no aplica estudios o diagnósticos del sistema cliente, sino que se enfoca en hacer que el cliente actúe y libere esa capacidad innata



que tiene para sobreponerse, es decir, el Trabajador Social cumple un papel funcional dentro de un proceso de apoyo.

b) Enfoque psicosocial: El enfoque psicosocial está preocupado por la mejora de las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del cliente. A pesar del paso de los años, el enfoque psicosocial ha reconocido de forma constante la importancia de los procesos psicológicos internos, así como la importancia de los procesos sociales externos, las condiciones físicas y la interacción entre ellas. (Viscarret, 2009, p. 306)

En la práctica profesional, por ejemplo, ante una situación de conflictos de pareja o de familia, el Trabajador Social requiere analizar y descubrir aquellos elementos que están afectando a las personas involucradas y su interrelación, de modo que pueda proponer tratamientos de orden psicológico que ayuden a las personas a reconocer y enfrentar los problemas.

c) Resolución de problemas: En la intervención el elemento central es la solución de problemas y centra su atención en el presente (no en el estudio de experiencias del pasado, ni en la organización de la personalidad). El resultado del tratamiento es apoyar a resolver la dificultad actual y facilitar un cierto aprendizaje del problema para hacer frente a las sucesivas dificultades que presenta toda vida humana. (Viscarret, 2009, p. 307)

En la práctica profesional se presenta regularmente situaciones de crisis en adolescentes, donde el paciente es quien conoce, por dentro y por fuera, el problema que le está afectando. De ahí que, el rol del Trabajador Social es ayudar al adolescente a reconocer dicho problema, ayudándolo a encontrar la raíz del mismo y enseñarle a afrontarlo, tanto en ese momento como en el futuro, siendo consciente de que, seguramente, esa situación problemática se presentará nuevamente, pero que lo importante es que el adolescente aprenda ahora cómo enfrentarlo.

2.3.2. Naturaleza de la intervención desde el Trabajo Social

Según Viscarret (2009) han sido diversos los autores, como Parad (1965) o Rapoport (1970), que han adaptado el método de intervención en crisis al Trabajo Social y que han producido una serie de enfoques que definen la naturaleza de la intervención del Trabajo Social en crisis, entre los que se destaca los siguientes:

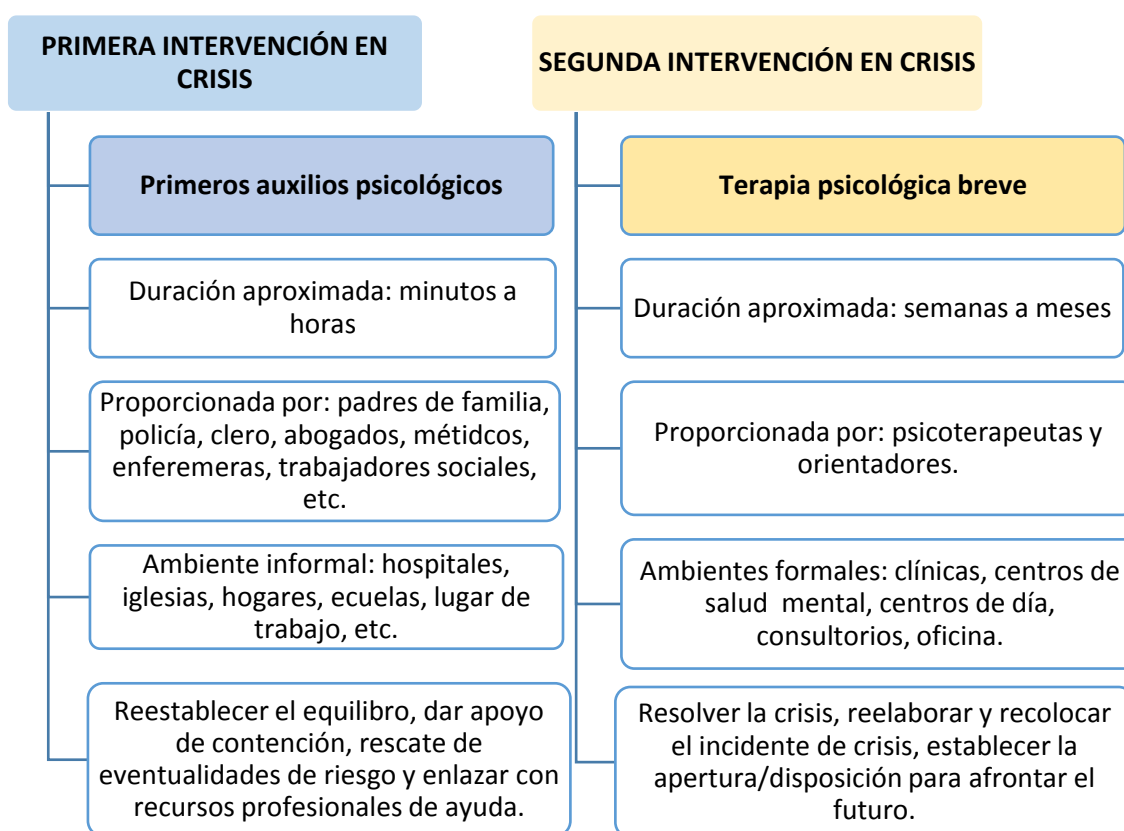
- La intervención en crisis desde el Trabajo Social supone una intervención activa y directiva en la vida de la persona, una especie de primera ayuda social, cuyo objetivo es apoyar a la persona a conseguir un estado tolerable de confort emocional y que desarrolle capacidades para afrontar la situación de forma efectiva.
- El «focus» de la intervención se centra en el presente, en el aquí y ahora. Con lo que la historia de la persona no es un aspecto especialmente importante, sobre todo, en los momentos iniciales de la intervención.
- Propone la necesidad de dar una respuesta rápida y breve. es un aspecto de vital importancia.
- Se pone especial énfasis en la importancia trascendental que tiene la primera entrevista, en la que además de obtener la información más vital, el trabajador social deberá mostrarse receptivo, acogedor, comprensivo y plantear a su vez un plan de acción inmediato.
- Es un método de intervención que utiliza el contrato, al igual que lo hacen otros modelos con el fin de que la persona se movilice en busca de la salida de la situación de crisis en la que se encuentra.
- Una característica de la crisis, si no la principal, es que se trata de una situación límite en el tiempo. La duración de las crisis es de entre una y seis semanas, tiempo en el que el individuo se encuentra predispuesto para ser apoyado. (Viscarret, 2009)

En general, la naturaleza de la intervención comprende objetivos, principios y métodos propios de la psicología que sirven para atender de manera oportuna e inmediata a las reacciones traumáticas, que, sin intervención, pueden correr el riesgo de generar trastornos patológicos.

2.4. Proceso de intervención en crisis

La intervención en crisis tiene dos modalidades:

Gráfico 3. Modalidades de intervención en crisis



Fuente: (Hernández & Gutiérrez, 2014)

Primeros auxilios emocionales diseñados para ayudar, de manera inmediata a las personas a restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial. Por lo general, es ofrecido por personal no especializado el cual entra en contacto con las víctimas en los primeros momentos después del desastre u evento traumático en cuestión. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)



Los primeros auxilios psicológicos siguen un modelo básico de solución de problemas de cinco pasos:

1. Realizar un contacto psicológico: escuchar activamente, validar la descripción de la situación y los sentimientos suscitados por la misma, procurar alivio emocional y encauzar las energías de la persona hacia una acción efectiva.

2. Analizar las dimensiones del problema: indagar en el pasado inmediato, el presente y el futuro inmediato, con el fin de identificar y jerarquizar necesidades a corto, mediano y largo plazo. En esta fase la atención debe ponerse tanto en las fortalezas como en las debilidades.

3. Sondear posibles soluciones: identificar alternativas de solución tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden aplazarse.

4. Asistir en la ejecución de pasos concretos: ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. La meta es que el individuo haga tanto como pueda por sí mismo, de modo que el clínico u orientador asume un papel más activo sólo gradualmente en la medida que estima que se ha deteriorado significativamente la capacidad para tomar decisiones y actuar.

5. Seguimiento: diseñar un plan para verificar el progreso y estar en contacto posteriormente. (Hewitt & Gantiva, 2009)

Durante los primeros auxilios psicológicos, cuando se trata de riesgo bajo de suicidio (ideación sin plan o medios), la OMS (2006) recomienda centrarse en las fortalezas y en la forma en que el individuo ha resuelto sus problemas previamente. Cuando el riesgo es moderado (por ejemplo, suicidio con ideación y con plan general), la recomendación es usar la ambivalencia entre vivir y morir como un ancla vital, explorar alternativas, ganar tiempo, pactar un contrato de no daño, movilizar la red de soporte y remitir si es el caso. Cuando el riesgo es elevado (por ejemplo, suicidio con ideación, plan definido, medios y momento especificado e inmediato), lo más importante es no dejar solo al individuo, retirar los medios letales y hacer arreglos para la hospitalización, en



el caso que se ejemplifica, se requiere que el paciente sea internado y aislado de cualquier elemento que pueda utilizar para suicidarse, al tiempo que, la hospitalización permite aplicar un tratamiento psicológico adecuado para que el paciente enfrente los problemas que lo agobian y reciba apoyo.

Intervención especializada o profesional para emergencias psiquiátricas.

De acuerdo con Hewitt y Gantiva (2009) La intervención en esta segunda instancia se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato y se dirige a la resolución de la crisis, de modo tal que el individuo pueda enfrentar crisis posteriores – en la medida de lo posible– con sus propios recursos y prevenir así estilos de vida desadaptativos. Las características de este tipo de intervención implican que ésta sólo puede ser llevada a cabo por profesionales entrenados en psicoterapia.

En esta segunda instancia el trabajador social asiste a la persona para comprender aquellos aspectos vitales que han sido violados por la crisis y promueve el desarrollo de un nuevo concepto de sí mismo y del mundo. Además, se enfoca a promover el desarrollo de habilidades de solución de problemas y de tolerancia al malestar, todo ello con base en un modelo colaborativo que enfatiza en la importancia de la relación terapéutica y el involucramiento de las redes de soporte social.

Según Rapoport, citado por Viscarret (2009), el proceso de intervención tendría dos niveles:

Intervención de primer nivel: en este nivel se intenta aliviar los síntomas al mismo tiempo que el cliente sea capaz de analizar las causas que originaron o provocaron la aparición de la crisis.

Intervención de segundo nivel: en donde el Trabajador Social intentará que el cliente sea capaz de comprender la relación entre la crisis actual y otras anteriores e introduce al cliente en nuevas formas de pensamiento y hacer frente a los problemas.

2.5. Metodología de la intervención en crisis

De acuerdo con autores, como Fernández (2010), Hewitt y Gantiva (2009), o Hernández y Gutiérrez (2009), la intervención en crisis se desarrolla en tres fases principales:

1. Fase inicial
2. Fase intermedia
3. Fase final

Fase inicial: Los objetivos de esta fase son: diagnosticar la situación de crisis, y la fase en la que se encuentra, lo que implica la elección explícita del modo de intervención; provocar el compromiso de la persona con la solución del problema; determinar los objetivos de trabajo (aquí y ahora).

- 1) *Crear una relación de confianza, de comprensión, de escucha* (sentimientos, pensamientos expresados, conductas observadas, síntomas físicos, dificultades de comunicación). Hemos de manifestar constantemente nuestra comprensión mediante técnica de reformulación.
- 2) *Centrarse en la situación.* El trabajador social ha de centrarse en el aquí y ahora. También tiene que fragmentar el problema y compartimentar la situación.
- 3) *Percibir la realidad.* Es necesario tener conciencia real, saber qué pasa y por qué. La forma de hacerlo es hacer partícipe a la persona de la hipótesis que está elaborando el trabajador social mediante un lenguaje accesible. Se establece un “contrato” entre ambos. Se debe hacer una utilización flexible y juiciosa de los elementos de estructura y tiempo.
- 4) *Organización de la acción:* revisión de las alternativas posibles y aceptables; precisar cuáles son las personas que van a implicarse en el plan de acción; examinar los recursos comunitarios; fijar la duración de la intervención.



Fase intermedia:

- 1) *Identificación de las capacidades de la persona y estimulación de éstas.* Puesta a punto; búsqueda de capacidades para resolver la situación presente; tareas futuras que tendrá que realizar, obstáculos a encontrar y formas de superarlos; se aumenta la autoestima, el valor, y se conduce a la toma de responsabilidad de la persona.
- 2) *Ayudar al cliente a tener una percepción realista de la situación.* Aquí se ve la falta de competencias.
- 3) *Utilizar el apoyo del entorno:* familia, red social (amigos, vecinos, compañeros de trabajo...) ayuda mutua, voluntariado...

Fin de la intervención: Se hace balance de lo que se ha conseguido, de las capacidades movilizadas, de las competencias ganada y se realizan propuestas futuras. Se confía en el poder de recuperación natural.

Por otra parte, dentro de la metodología de aplicación del modelo de intervención en crisis, de acuerdo con Hernández y Gutiérrez (2014), es importante considerar algunas recomendaciones básicas que el interventor o trabajador social, debe tener en cuenta al momento de brindar atención a personas en situación de crisis:

- ✓ Enfocarse en el problema: mantenerse en la catarsis emocional que implica el problema.
- ✓ Valorar las áreas más afectadas: valorar las áreas CASIC (Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva).
- ✓ Identificar la pérdida: entender cuál fue la pérdida y cuál es el significado para la persona.
- ✓ No confrontar o interpretar: no rechazar lo que la persona diga hasta que se establezca un vínculo de confianza y no obligar a cambiar su estado emocional.
- ✓ Motivarlo para que sea más propositivo: motivarlo a la acción y reforzar cada logro que tiene.



- ✓ Sujete al deseo de vida: intentar crear un deseo de vida en la persona, planteándole actividades que podría realizar a futuro.
- ✓ No debata ni discuta: no confrontar las creencias irracionales de la persona afectada y evitar comentarios idealistas.
- ✓ Sugerir opciones posibles: ayudar al individuo a encontrar metas y objetivos realistas.
- ✓ No dar consejos directos: guiar a la persona para que busque posibilidades y dar opciones a su elección.
- ✓ Ser paciente: establecer confianza y movilizar sus recursos.
- ✓ Realizar las cuatro preguntas básicas: 1) ¿cuáles son sus ideas sobre el problema?, 2) ¿qué ha hecho usted para mejorar?, 3) ¿qué se lo ha impedido?, 4) ¿conoce a alguien que le pueda ayudar?
- ✓ Dejar que el sujeto establezca el ritmo: no apresurar a la persona afectada.
- ✓ Hablar de varios tópicos: en relación con la problemática.
- ✓ No prometer lo que no se puede cumplir: puede perder credibilidad si no lo cumple.
- ✓ Promover el sentido de esperanza: alentar a la persona afectada a reflexionar sobre las esperanzas después de la situación.
- ✓ Mantener la conversación: enfocar la conversación en la persona, pero sin entrar a situaciones personales.
- ✓ Corroborar los datos obtenidos: se puede aprovechar este momento para obtener también datos que al inicio no se han obtenido.
- ✓ Fomentar la búsqueda de ayuda posterior a la situación: puede ser a través de líneas telefónicas o un centro de servicios psicológicos especializados. (pp. 34- 35)

En este sentido, la función del trabajador social es identificar el acontecimiento o suceso que dio inicio a la crisis emocional, determinar el malestar que la persona afectada está viviendo, con base en ello, establecer el grado de afectación que se ha generado en la vida de la persona afectada, establecer un plan de intervención que permita a la persona lograr una comprensión y aceptación de la situación, brindar apoyo para que la persona



enfrente la situación con objetivos para su futuro, realizar el debido seguimiento para asegurar que la crisis ha sido superada.

Así, por ejemplo, en el caso de un paciente Adulto Mayor que está viviendo un proceso de jubilación, donde se presentan múltiples cambios en el contexto familiar y social del individuo, el Trabajador Social debe plantear estrategias de intervención psico-familiar con los adultos mayores para optimizar este proceso de adaptación a la tercera edad y para cubrir las necesidades que se presentan en este nuevo contexto familiar y social que los rodea, ayudándolos a manejar, o mejor, aislar la depresión.

En general, se puede señalar que el modelo de intervención en crisis aplicado en Trabajo Social, es una herramienta de gran importancia que guía el actuar del profesional, puesto que permite aplicar técnicas de intervención que permitan de manera efectiva ayudar a aliviar muchas de las situaciones que las personas enfrentan diariamente y que pueden ser causal de una crisis. El modelo de intervención en crisis ofrece parámetros concretos que le permiten al trabajador social encontrar soluciones concretas a situaciones concretas, en el caso específico de este tema de estudio, permite encontrar parámetros para brindar ayuda a padres y madres que presentan una situación de crisis al recibir la noticia de que su hijo o hija presenta una discapacidad.



CAPITULO III

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROCESOS DE DUELO FAMILIAR ANTE UNA DISCAPACIDAD CONGÉNITA DE UN NIÑO O NIÑA BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

3.1. Introducción

Los protocolos que se detallan más adelante son la respuesta profesional del trabajo social a los problemas y las necesidades que a menudo se plantean a nivel hospitalario. El trabajador social vive la necesidad de recursos que de forma inmediata demandan, en nuestro caso especialmente, las familias de los niños afectados por alguna discapacidad congénita.

La finalidad del protocolo de intervención es proporcionar al personal trabajador social unas pautas de actuación homogéneas frente a situaciones de crisis por duelo familiar.

El duelo en los familiares con niñas y niños con discapacidad congénita tiene un aspecto transversal e interdisciplinario. La creencia de que el abordaje del duelo es solo atribución exclusiva de algunas disciplinas profesionales está muy arraigada. Ciertas actividades profesionales como la psicología o la psiquiatría tienen un gran desarrollo en el tratamiento del duelo, como comenta Worden (2013), “el concepto fue desarrollado por Beverley Raphael y Warwick Middleton quienes determinaron cuáles son los términos más empleados en este campo” (17). Pero otras disciplinas también trabajan los aspectos psicosociales de las personas y de las familias, como es el de los trabajadores sociales. Se debe considerar al duelo como un problema transversal que muchos y diferentes ramas profesionales pueden abordar tanto directa como indirectamente.

3.2. Aspectos legales

La Constitución del Ecuador, en su Sección Sexta sobre personas con discapacidad, obliga al Estado a garantizar políticas de prevención de manera unísona con la sociedad y la familia. Entre otras cosas, el artículo 47 reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas; 2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas; 9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual (Asamblea Constituyente 2008).

Por otro lado, a través del artículo 48, el Estado adoptará medidas a favor de las personas con discapacidad que aseguren la inclusión social. Y, el artículo 49, dicta que las personas recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención.

En este contexto constitutivo, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) expresa sus actividades en su visión institucional: “Ser el referente regional y nacional en la definición y ejecución de políticas de inclusión económica y social, contribuyendo a la superación de las brechas de desigualdad; a través de la construcción conjunta del Buen Vivir para la población ecuatoriana” (MIES 2017).

Y su misión:

Definir y ejecutar políticas, estrategias, planes, programas, proyectos y servicios de calidad y con calidez, para la inclusión económica y social, con énfasis en los grupos de atención prioritaria y la población que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad, promoviendo el desarrollo y cuidado durante el ciclo de vida, la movilidad social ascendente y fortaleciendo a la economía popular y solidaria (MIES 2017).

Bajo estas directrices de actuación, a principios de enero de 2013 se hace pública la Norma Técnica bajo Acuerdo Ministerial nº 000163. Es importante esta norma, pues regula y activa los procesos de implementación y funcionamiento de los servicios en atención a las personas con discapacidad.

Bajo este prisma, la atención a la discapacidad ha evolucionado desde un tratamiento meramente asistencialista hasta una mirada basada en los derechos humanos. La norma aplica estándares de talento humano, donde se fija el equipo básico que se requiere para las atenciones y fijando como uno de los elementos el de los trabajadores sociales.

Sobre este aspecto, la Secretaría del Buen Vivir (2016) informa de lo siguiente: “El gobierno ecuatoriano ha incrementado varias políticas relacionadas con el tema de las discapacidades e invierte gran parte del presupuesto para cumplirlas, por lo cual destinó en el 2015 más de 160 millones de dólares”.

Sobre esta base, el Estado ha construido el modelo de atención integral de salud, que facilita a los ciudadanos las prestaciones necesarias para atender las discapacidades en el contexto de la rehabilitación, la entrega de ayudas técnicas, de atención general y de los cuidados paliativos. Así como también se ofrece con esta inversión importante los servicios en centros diurnos de cuidado diario, en centros de acogimientos, centros infantiles del Buen Vivir inclusivos y la atención domiciliaria.

Los principios de la política social aplicada a la atención en los servicios son los siguientes:

Buen vivir. En el Capítulo Tercero de la Constitución enmarca el concepto del Buen Vivir bajo los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria. En el artículo 35 se especifica que los niños y los discapacitados recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos de la salud. Como explica Rojas Quiceno (2013), “se ha asumido el Buen Vivir como la cosmovisión humana del ser” (p. 85).

Inclusión. Como hemos visto, el Estado adoptará medidas para la inclusión social de las personas con discapacidad. El Título VII del Régimen del Buen Vivir establece los principios que se regirá el sistema nacional de inclusión, que tal como dicta el artículo 340, el sistema se compondrá en los ámbitos, entre otros de la salud.

Igualdad. El equilibrio entre el reconocimiento de la diversidad y el deber de garantizar la igualdad obliga a definir orientaciones de actuación. Primero, hay que garantizar una fluida relación entre la estructura formal (la administración, las instituciones y los poderes políticos); en segundo lugar, hay que compartir un marco común de derechos y de deberes por el conjunto de organizaciones, de agentes sociales y de individuos. “La igualdad en materia de salud implica que, idealmente, todo el mundo tenga la oportunidad de realizar su máximo potencial de salud y en la práctica, que nadie, mientras pueda evitarse, esté en desventaja a la hora de conseguir dicho potencial” (Regidor, Gutiérrez y Rodríguez 1994, 48). En este proceso de gestión de la pluralidad se hace imprescindible la definición y concreción de un marco que garantice la libertad individual y colectiva en los diferentes ámbitos de interacción (los servicios de salud entre otros), con la única limitación de la protección de los derechos fundamentales para todas las personas

Universalidad. Este es uno de los principios que rigen la prestación de los servicios de salud establecido en el artículo 32, inciso segundo. Toda persona tiene a derecho a tener acceso a los medios de salud, aun cuando sus posibilidades económicas se lo impidan. Para hacer efectivo este principio Navarro (2017) sugiere: elaborar un mapa nacional de necesidades en materia de equipamientos de Servicios Sociales en coordinación con los municipios, con el objeto de desarrollar un plan presupuestario de inversiones financieras y sociales para la dotación de una red de centros y de profesionales con el máximo nivel de formación que hagan extensible el principio de universalidad” (p. 178).

Integralidad. El principio para Titonelli (2013) “abarca un conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí, comprendiendo acciones individuales y colectivas en la organización de los servicios de salud, en las



prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes (gestores, profesionales y usuarios) en los diferentes niveles de atención del sistema” (p. 599). Este principio agrupa la protección y promoción integral desde la protección de la familia afectada y la prestación de servicios, entre otros. Es decir, la protección de un ciudadano debe estar extendida a todas las especialidades y durante su vida.

Corresponsabilidad. Este principio se refiere a la responsabilidad compartida entre los individuos, las familias y el Estado en el cuidado familiar, los procesos de movilidad social y salida de pobreza. La solidaridad en la salud se establece con el mutuo apoyo de quien tiene posibilidades económicas suficientes aportando más al acceso de los servicios y así facilitando que la población que no dispone de recursos tenga las mismas posibilidades.

Reuniendo todos estos principios irrenunciables para nuestra sociedad, la problemática de las discapacidades se ha establecido en un asunto de atención prioritaria para el Estado, con la visión de alcanzar una atención equitativa, transparente y de calidad para los ciudadanos. Por esta razón se aprobó la Ley Orgánica de Discapacidades.

La Ley, en su artículo número 1 especifica claramente su objeto: asegurar y “garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” (Asamblea Nacional 2012).

Esta Ley, por tanto, es fruto de la necesidad de crear un desarrollo normativo adecuado que posibilite la aplicación de los preceptos constitucionales de Montecristi, los tratados e instrumentos internacionales, así como aquellos derivados de leyes conexas con enfoque de género, generacional e intercultural.

3.3. Objetivos

Objetivo general:

Organizar los accesos a una atención integral de los trabajadores sociales en la intervención sobre los estados de duelo y crisis emocional con calidad y



calidez que se suscitan entre los familiares cercanos de las niñas y niños con presencia de discapacidad congénita

Objetivos específicos:

- Informar de manera integral por parte de los trabajadores sociales para dar apoyo a los familiares de las niñas y niños con presencia de alguna discapacidad congénita.
- Orientar a los familiares en las posibilidades de rehabilitación de las niñas o niños con discapacidad, creando espacios de calidez que favorezcan el diálogo.
- Impulsar la colaboración multisectorial en el centro de salud donde se proporcionen los servicios médicos y donde los familiares y las niñas o niños con discapacidad alcancen la plenitud de sus derechos.
- Favorecer la involucración de los familiares en los programas y actividades especializados para las discapacidades de los menores.
- Realizar un seguimiento y tutela a los familiares durante el periodo de estancia en el hospital, garantizando su desarrollo integral y relacional con las o los menores con discapacidad congénita.

3.4. Alcance

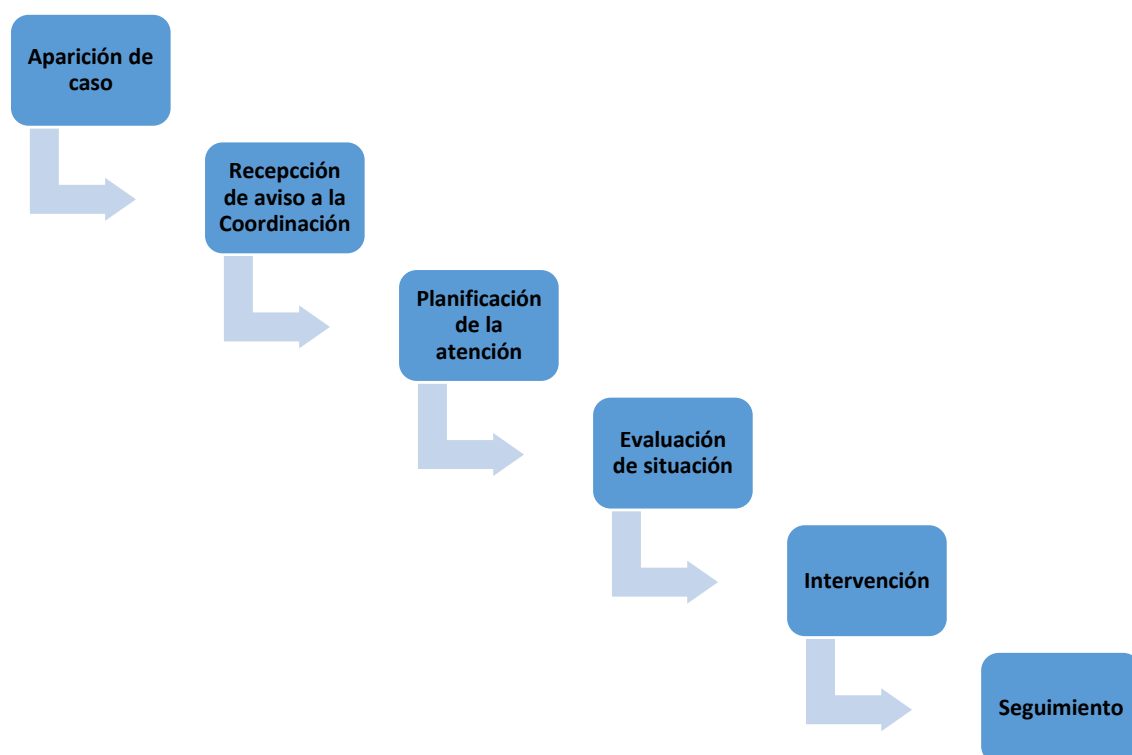
Este procedimiento será aplicable para todo personal profesional del trabajo social que labore en centros de salud públicos o privados.

Los servicios de asistencia para la atención de familiares de niñas y niños con discapacidad congénita están articulados para dar ayuda y cuidado a nivel primario de salud, subcentros y centros de salud en la que se brinda la asistencia, además de otras entidades que formen parte del sistema de inclusión y equidad social conforme dispone la Ley Orgánica de Discapacidades.

3.5. Plan general de actuación

Antes de pasar a la organización de las actuaciones dentro de la situación de crisis emocional y duelo entre los familiares, es importante realizar un esquema del proceso desde su inicio hasta su conclusión. Para ello, se ha creado un flujograma general que facilitará la comprensión.

Gráfico 4. Flujograma de actuación



Elaborado por: María José Salazar

A continuación explicamos el contenido de cada segmento:

Aparición de caso. El plan general de actuación arranca con la aparición de un caso de crisis emocional o de duelo por parte de los familiares de una niña o niño con discapacidad congénita. Alertados los facultativos y personal de salud del centro, informan al departamento de Coordinación de trabajo social, para que éste realice las gestiones pertinentes y aborde el caso lo más pronto posible.



Recepción de aviso a la Coordinación. La oficina de Coordinación es alertada por el informe del personal de salud (enfermeras/os, médicos, celadores), recibe la alerta e inicia las gestiones para abordar la crisis entre los familiares, recopilando datos personales de éstos y también del menor (características y discapacidad descubierta)

Planificación de la atención. Tal como se abordará en el siguiente punto, se desarrollarán las estrategias metodológicas para afrontar la crisis con los familiares, observando la gravedad en el estado del duelo y las actuaciones que se deban aplicar en el caso.

Evaluación de situación. Tal como se verá más adelante, el trabajador social asignado deberá crear una evaluación inicial con el primer contacto con los familiares, para después cumplimentar el informe inicial. A través de este informe se iniciará los preparativos para la intervención y sus procesos, que consistirá, como se comprobará a continuación, un plan de abordaje.

Intervención. Se creará una actuación directa para mitigar los efectos del duelo entre los familiares. La intervención se realizará en las dependencias del centro de salud y dirigidas a lograr los objetivos determinados de actuación y apoyo.

Seguimiento. Durante la permanencia en el centro del menor y con la asistencia de los familiares, el trabajador social asignado deberá realizar un seguimiento a las intervenciones realizadas, observando si existe la necesidad de iniciar otra intervención para seguir tratando los estados emocionales de los familiares, o no.

3.6. Organigrama

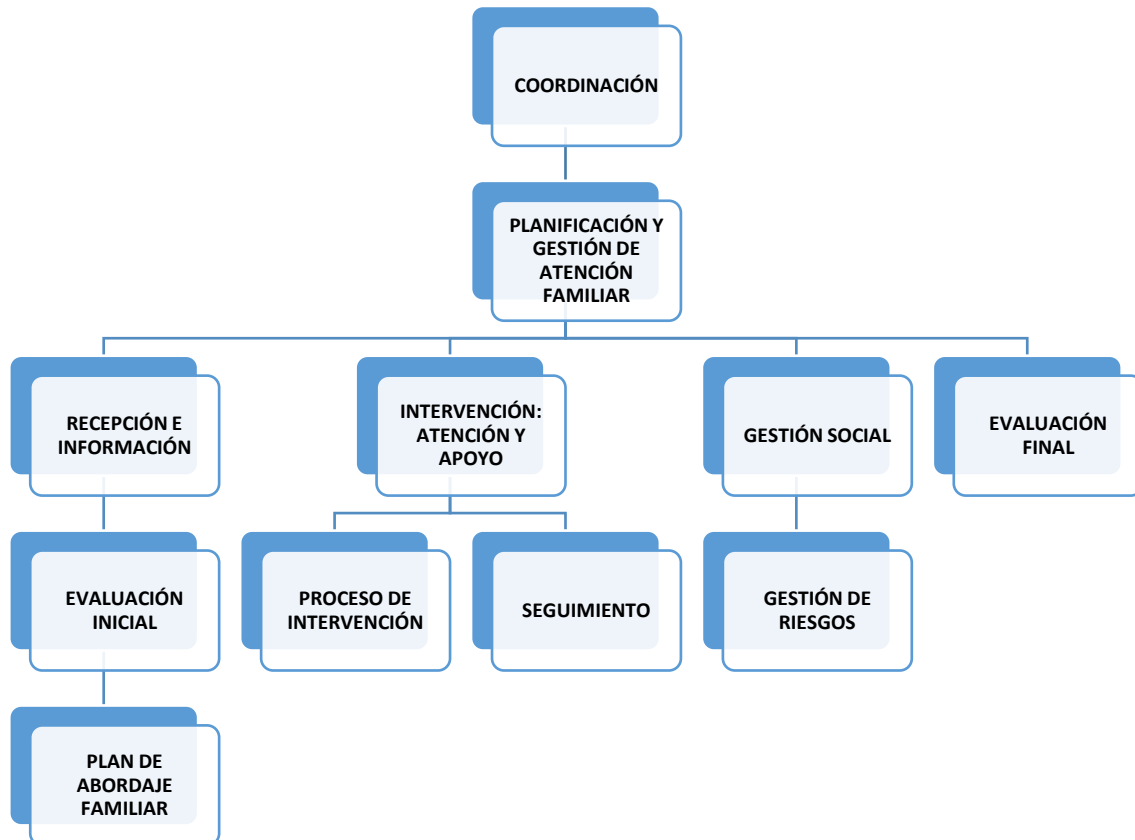
Las acciones para la ejecución del Protocolo de Atención para la atención de familiares en estado de crisis ante la discapacidad congénita de niñas y niños, pretende ser una referencia técnica para las actuaciones profesionales del coordinador y los promotores que atiendan a estos familiares en la modalidad de atención en el centro donde se produzca.

Es, por consiguiente, una herramienta de orientación que facilita la organización de las variadas actividades que se deben realizar para la aplicación de este programa.

Con ello, y en correlación y alcance de los objetivos anteriormente descritos, se podrá brindar una atención a los familiares de manera correcta, profesional y estructurada, en base a las orientaciones y pautas establecidas en el organigrama, ideado para los familiares (padres, abuelos, tíos y tutores), todo ello englobado dentro de las estrategias y enfoques establecidos por las leyes anteriormente descritas y por el MIES para la atención a personas con discapacidad en especial en los niños.

Con ello se conseguirá también, facilitar una guía de lineamiento para cumplir todos aquellos objetivos específicos, además de unificar actuaciones precisas en el momento de aplicar las acciones necesarias para el cumplimiento de los protocolos.

Gráfico 5. Organigrama general



Elaborado por: María José Salazar



Coordinación: es el órgano encargado de las decisiones y organización del personal de trabajado social, tomando las medidas pertinentes y haciendo los preparativos correspondientes para la mejor marcha de las labores. También es responsable de la generación de los informes sobre las gestiones realizadas para ser entregadas a los facultativos implicados, a la dirección y a las personas responsables de la dirección del centro y otros funcionarios interesados. El coordinador delegado, es el responsable del funcionamiento de este órgano y quien se encarga de organizar las relaciones del trabajo entre el lugar de salud y los trabajos sociales que vayan surgiendo. Balderas y Ramírez (2004) explican que la coordinación:

“Es un elemento de enlace, asegura que la división del trabajo dé buenos resultados, se establece como una función central de la gestión y puede definirse como una actividad que determina y establece responsabilidades, relaciones, funciones contables mediante una estructura organizacional diseñada para el logro de objetivos” (p. 426).

Planificación y gestión de atención familiar: proyección de los métodos de intervención con los familiares con niños discapacitados, para dar apoyo y formulando planes de actuación dependiendo de la gravedad o estado del duelo, así como las estrategias, medios y acciones que se deben disponer para lograr los resultados perseguidos.

Recepción e información: en función de los trámites administrativos adecuados en cada centro, se dispondrá de la recepción e información de los casos que deben ser tratados y asumidos por el trabajador social

Evaluación: esta debe entenderse como un sistema dinámico, continuo y sistemático que posibilita la valoración cualitativa y cuantitativa del nivel de desarrollo en que se encuentran los familiares, permitiendo establecer y verificar las estrategias en función de la situación concreta de cada episodio

El tiempo para la evaluación estará determinado dependiendo del cronograma realizado por la coordinación para la atención familiar. Habiendo tres fases establecidas para su desarrollo:



1. Revisión del expediente médico con los detalles de la minusvalía y valoración personal de la situación por parte del facultativo encargado.
2. Entrevista a los padres (o en ausencia de estos por los familiares más cercanos o al representante)
3. Valoración de los familiares entrevistados, atendiendo al ambiente generado, datos de identificación escolar, médicos, laborales, de antecedentes médico-genealógicos, entre otros.

A partir de esta evaluación previa, se deberán establecer sesiones en las que se trazarán las actividades necesarias y que serán apuntadas en la «ficha de evaluación» correspondiente a cada caso. (Ver ficha de evaluación).

Esta ficha de evaluación es un elemento que se utilizará para reunir todas las consideraciones importantes de la discapacidad del menor y establecer por otro lado, de manera cualitativa y cuantitativa los perfiles familiares en los que se van encontrando, obteniendo así, una perspectiva real del conjunto de las personas implicadas.

Para una correcta evaluación, el trabajador social deberá actuar bajo unas reglas básicas de actuación:

- El ambiente de actuación deberá ser poco estructurado o formal, para incentivar la motivación y la sensación de seguridad a los familiares entrevistados.
- Establecer un clima de relación cercana que infunda confianza, profesionalidad, experiencia y respeto por el menor y los familiares implicados.
- La evaluación estará basada en la observación de las reacciones espontáneas de los familiares.
- Si se observa hostigamiento, actitudes de rechazo, reproche, etc., sobre las actividades del trabajador social, la evaluación deberá ser suspendida.



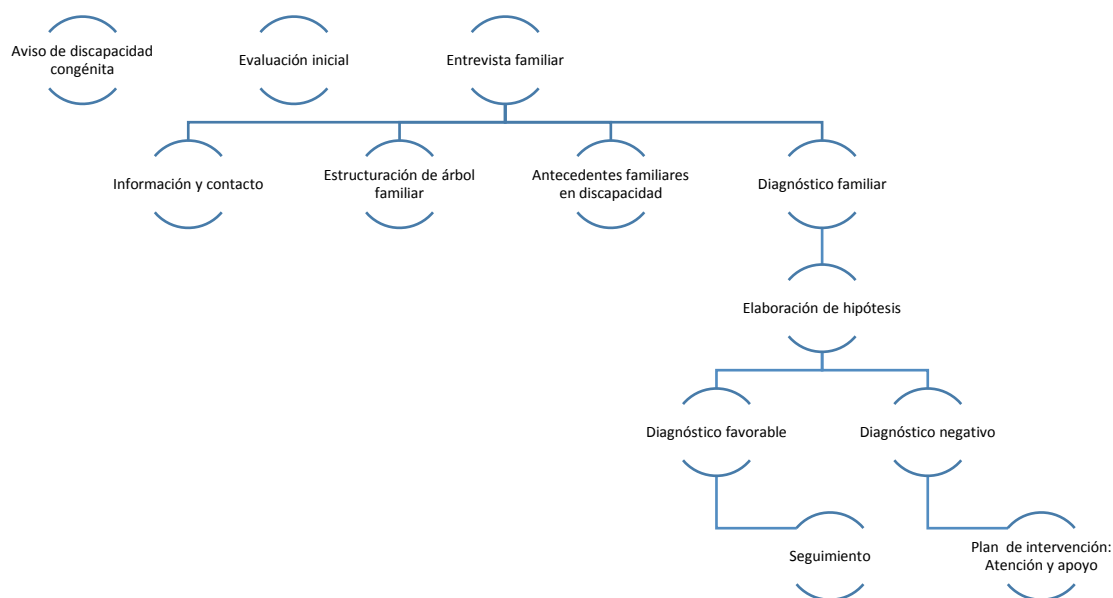
- La observación de todos los detalles del comportamiento de los familiares tanto en sus manifestaciones como en la expresión no verbal, deberá ser tomada en cuenta en este proceso de evaluación.
- Deberán ser evitados los estímulos externos que pueden interrumpir o distorsionar la realización de las actividades.
- El trabajador social deberá disponer de todo el material necesario en el momento de la actuación con los familiares, para evitar interrupciones.
- En casos de agobio en los familiares o de estados emocionales muy fuertes, se deberán dar espacios de descanso y relajación para no entorpecer el avance de la actividad.
- La evaluación por parte del trabajador social deberá considerar especial y únicamente las necesidades concretas que se requiera en los familiares, sin menoscabo de su condición cultural, económica, étnica, etc.
- Durante la actividad, se deberá mantener un lenguaje positivo y constructivo que se adapte a la conducta y ejecución de las actividades necesarias de cada familiar evaluado.

Una vez finalizada la evaluación, el trabajador social encargado debe rellenar el informe donde se hará constar el desarrollo de los encuentros, los programas aplicados, el aprendizaje de los familiares, las fortalezas y debilidades encontradas y los resultados obtenidos. (Ver informe evaluación)

Plan de abordaje familiar: Previo al proceso de intervención se deberá seguir un protocolo de abordaje familiar. El objetivo de este protocolo es establecer las estrategias concretas para realizar un sistema de apoyo a los familiares del menor con discapacidad y que favorecerá la situación de duelo y crisis entre los padres o familiares cercanos.

Para el abordaje familiar se debe contemplar el siguiente protocolo de actuación:

Gráfico 6. Protocolo de abordaje familiar



Elaborado por: María José Salazar

Aviso de discapacidad congénita: a través de los médicos y del servicio sanitario del centro, será avisada la coordinadora de trabajo social. En este punto se pone en marcha los protocolos de actuación. La noticia de la discapacidad produce por lo general un estado de shock entre los familiares, más acentuado en los padres y familiares cercanos, se establece un desequilibrio emocional con estados de ansiedad que genera en estados de duelo y crisis.

Evaluación inicial: como hemos visto, en la evaluación se establecen los primeros parámetros para construir la actuación, que comenzará con una entrevista familiar.



Entrevista familiar: se crea un primer contacto con la familia iniciando un diálogo con ésta. Este contacto inicial favorecerá la reducción de los estados de ansiedad que puedan existir entre los familiares, y a la vez se podrá recabar la información más relevante para posibilitar un diagnóstico previo sobre las fortalezas y debilidades de los miembros de la familia. Con la entrevista familiar se desprenderá la información y contacto de cada uno de los familiares implicados en el duelo; se establecerá un árbol familiar para la comprensión de su estructura y valores internos; se indagará sobre los posibles antecedentes patológicos que podrían haber incidido en la discapacidad del menor; y, finalmente se creará con los datos obtenidos una valoración con un diagnóstico familiar.

Información y contacto: el trabajador social deberá completar la ficha de evaluación. Esta información obtenida se divide en los siguientes elementos:

- **Identificación:** tal como está indicado en la ficha de evaluación se deben recoger los datos referenciales de los familiares, la edad, actividad laboral, dirección, su vinculación familiar, la incapacidad del menor, etc.
- **Área de intervención:** donde se anotan el estado emocional del intervenido. En psicología el shock emocional se produce como resultado de un evento traumático, en nuestro caso, el descubrimiento de una discapacidad congénita en un niño o niña. Esta situación desestabiliza la facultad que posee la persona para hacer frente a las emociones que se le producen. Es importante controlar estos estados, dado que derivan o, pueden hacerlo, en una depresión. Además de la anotación del estado emocional, se deberán apuntar las fortalezas y dificultades que asisten al familiar investigado. En este sentido, no se deben despreciar los detalles, dado las apariencias externas del individuo no son un dato fiable en cuanto a sus reacciones emocionales. Goleman explica como personas con un elevado cociente intelectual fracasan en sus proyectos, mientras que otras con dotes más modestas triunfan de manera clamorosa. La respuesta se encuentra en la inteligencia

emocional como forma de interactuar con el entorno y que incluye sentimientos y habilidades cómo: el control de los impulsos, la autoconsciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, entre otros. También se deberán anotar las conductas, dado que la excitación emotiva altera no solo la afectividad, sino la conducta y el funcionamiento fisiológico del organismo

- **Comentarios:** es importante anotar cualquier idea o detalle que el trabajador social vea importante, como, por ejemplo, la capacidad de la persona para recibir estímulos, experiencias y reacciones afectivas; repercusiones psicosomáticas que se puedan producir: dolores de cabeza, desmayos, flacidez, etc.; reacciones temperamentales; aparición de manías; tartamudez, etc.

Estructuración de árbol familiar: el Genograma es una representación en forma de árbol genealógico donde se destaca la información principal de la estructura familiar. De esta forma, a simple vista, se puede apreciar una gran cantidad de información y facilita la creación de hipótesis acerca de la relación entre los miembros con su problemática y contextos. La construcción del árbol familiar se elabora durante la primera entrevista con los familiares y se compone de tres elementos sucesivos: trazado de la estructura familiar; recogida de la información básica sobre las personas implicadas; trazado de las relaciones familiares.

Antecedentes familiares en discapacidad: para disponer de una información más completa, se ha de examinar los posibles antecedentes que pudieran haber en la consanguinidad de los familiares y que pudieran producir un factor de riesgo. Este elemento es importante, porque puede producir un estado de culpabilidad en el miembro familiar, o incluso darse el caso de suceder un rechazo entre algunos miembros familiares. Tal como lo expresan Lardoeyt, Rodríguez, Camacho y Jijón (2011) “Su relación con la discapacidad intelectual se debe al incremento de la homocigocidad de muchos genes recesivos que generan algún tipo de discapacidad como los errores innatos del metabolismo y el retraso mental autosómico recesivo no sindrómico” (p. 64).

Diagnóstico familiar: con todos los elementos recabados, se deberá elaborar teniendo en cuenta todos los detalles el diagnóstico familiar que posibilitará, en el caso de necesitarlo, la toma de un plan de intervención con atención y apoyo. Para ello, se deberá trabajar en una prognosis familiar que establecerá las hipótesis de análisis sobre la necesidad de una intervención o no. Los instrumentos de aplicación será el “ecomapa” (ver instrumento en el anexo 1) como un complemento del árbol familiar que dará información sobre los suprasistemas del ambiente que rodea a la familia; el test “Apgar” (ver instrumento en el anexo 2) para detectar los problemas de disfunción familiar; y, un test de evaluación del funcionamiento familiar “FF-SIL” (ver instrumento en el anexo 3), para la medición del grado de funcionalidad sobre las variables de cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.

Elaboración de hipótesis: con el diagnóstico establecido del grupo familiar, se deberá plantear la hipótesis sobre la adaptación familiar ante este nuevo proceso de discapacidad con el menor, debiendo sopesarse tanto la evolución en un ciclo corto, como en uno largo. Según la hipótesis conductual que se prescriba, cada miembro de la familia afectada tendrá una conducta particular ante los hechos acontecidos. Habrá casos de interacción familiar mayores que otros, por ello se deberá tener en cuenta todos los elementos producidos en los encuentros con los miembros.

Diagnóstico favorable: en el supuesto de que la hipótesis establecida sea favorable, se deberá aplicar una orientación de apoyo y consulta informativa, sin llegar a necesitar una intervención. La orientación facilitada permitirá la adaptación a la realidad con más facilidad y se podrá visibilizar mejor las nuevas condiciones que la minusvalía en el menor producirá en la convivencia familiar.

Seguimiento: al producirse un diagnóstico positivo en la hipótesis se debe proceder a un plan de seguimiento que está descrito en un apartado posterior. Con él se reforzará el clima resiliente de la familia, es decir, teniendo superaciones del nuevo obstáculo y haber tenido más fortalecimientos ante la adversidad.

Diagnóstico negativo: con una elaboración de la hipótesis con resultados negativos se deberá planear una intervención para corregir los síntomas de duelo o crisis emocional que se puedan suscitar. En este supuesto, la familia o alguno de sus miembros importantes pueden presentar síntomas o indicios de tendencias negativas, destructivas o depresivas que necesitarán de un apoyo con mecanismos de acción preventivos y correctores. Para ello se deberá establecer un plan de acción o de intervención por parte de la Coordinación de los trabajadores sociales.

Plan de intervención: este plan abordará la asistencia a los miembros de la familia que permitirá a los más afectados fortalecer las debilidades y elevar el estado emocional. Para este protocolo, se expresa el siguiente punto sobre intervención, atención y apoyo establecido en el organigrama general.

Intervención, atención y apoyo: el trabajador social realiza un proceso de actuación sobre un contexto familiar que tiene como fin la progresión, el cambio y la mejora de la situación existente en un estado de duelo por la discapacidad congénita de un menor. Esta situación provoca una problemática especial con necesidades de intervención específicas, en este caso, la atención a los familiares deben ser atendidas en los centros donde se produzcan las situaciones y con el objetivo de racionalizar la situación, aliviar los estados emocionales, proponer soluciones, encaminar expectativas futuras, crear un desarrollo individual positivo y favorecer un clima de inclusión a nivel familiar y social.

Procesos de intervención: se planificará para cada intervención una actuación precisa a los familiares que abarque todo el periodo de estadía que deba tener el menor con discapacidad. Las actividades y estrategias que se planeen serán realizadas dentro del centro de trabajo y deberán estar encaminadas al logro de los objetivos propuestos. (Fichas de los procesos de intervención)

Se establece una metodología para los procesos de intervención:

- Se determinarán las áreas de actuación

- El trabajador social encargados determinará posteriormente a la evaluación, las áreas que van a ser trabajadas en consideración al informe de evaluación que se habrá hecho (perfil psicológico de cada uno de los familiares, mecanismos de actuación, fortalezas, debilidades, recomendaciones, entre otros), dando también facilidad a soluciones futuras de movilidad, asociacionismo, escolaridad, consulta médica especializada, ortopedia etc.
- Establecer previamente los objetivos para cada área a tratar con los familiares.
- Se determinará el tiempo de actividad para cada miembro familiar afectado. No todos los miembros deberán ser igual tratados, dependiendo de su proximidad y evaluación emocional realizada.

Se deberá observar unas reglas básicas de actuación para la intervención. En este sentido, es importante entablar una relación estrecha con los integrantes de la familia, para facilitar un clima de confianza, seguridad y calidez. Se deben considerar también, la condición psicológica de cada miembro familiar a tratar, valorando su condición personal y su estado emocional. Se deberán establecer actividades o charlas acordes a sus niveles personales, dándoles una atención equilibrada a sus necesidades.

Cada actividad deberá estar bajo la responsabilidad del trabajador social, tanto en la atención directa a los miembros de la familia como en la atención y control del menor con discapacidad, al menos en la forma en que se pueda establecer. Será responsable, también, de ofrecer la capacitación necesaria a los familiares para establecer cauces de comunicación y afectividad necesarias con el menor con discapacidad.

Seguimiento: consiste en el estudio y registro sistemático de la información durante los procesos de actuación del trabajador social.

El fin es la mejora y eficacia del trabajo realizado, en base a su efectividad y los objetivos planteados sobre las actividades en la actuación diaria sobre los familiares. Permitiendo, así, establecer las estrategias necesarias, los procesos

de actividades y los mecanismos necesarios para el desarrollo de las actividades establecidas.

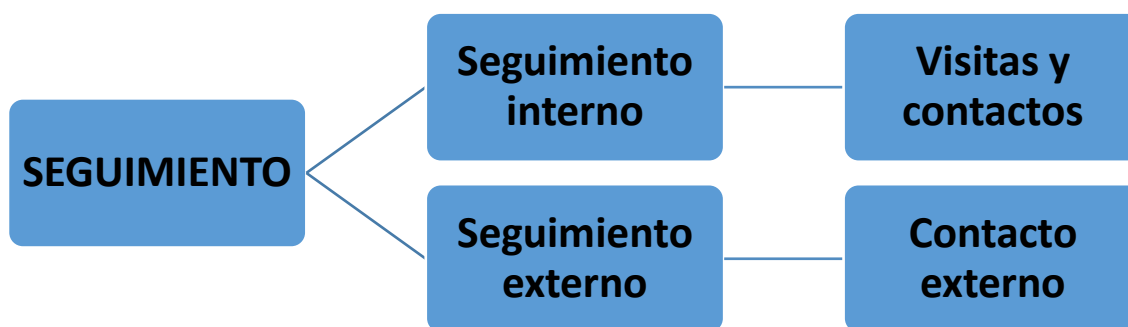
Los procesos del seguimiento son:

- Registro paulatino de las entrevistas, encuentros y actividades realizadas.
- El registro deberá ser individualizado a cada miembro familiar, donde se considerarán los estados anímicos, avances, predisposición, niveles de integración y dificultades encontradas.

Para la actuación sobre el seguimiento se deben seguir las siguientes pautas de comportamiento:

- Es imperativo que se siga el registro y las evaluaciones constantemente en los procesos de seguimiento
- Se debe seguir la observación y la aplicación de actividades si se ve preciso durante el seguimiento.

Gráfico 7. Cronograma de seguimiento



Elaborado por: María José Salazar

Cuando las hipótesis se diagnostican positivamente, solo se deberá realizar el seguimiento para comprobar que todo va evolucionando de manera normal. También se deberá realizar el seguimiento cuando se hayan realizado los Los



seguimientos deberá realizarse posteriormente con la intervención con atención y apoyo a los familiares cuando los resultados hayan sido favorables.

Seguimiento interno: este seguimiento se debe realizar cuando las niñas o niños con discapacidad permanecen en el centro hospitalario por causas de su dependencia. El trabajador social, entonces podrá hacer el seguimiento dentro de las dependencias de su trabajo.

Visitas y contactos: si el periodo de estancia se prolonga debido a complicaciones con la niña o niño, el seguimiento se deberá hacer a intervalos de una vez por semana. El abordaje de los familiares se deberá hacer en las salas de espera o en la habitación del paciente, dependiendo la situación que se esté dando.

En este protocolo, se deberá hacer un contacto personal del trabajador social con los familiares, comprobando que la situación sigue un cauce normal y que no se han producido alteraciones emocionales o complicaciones.

Seguimiento externo: una vez la niña o niño con discapacidad es dado de alta en el centro hospitalario y los familiares dejan la permanencia en el centro, se debe hacer un seguimiento, solo en los casos en que en el proceso de intervención los resultados hubieran sido negativos.

Contacto externo: una vez dado de alta el menor, el trabajador social procederá a hacer una llamada telefónica al familiar o familiares que no hayan superado positivamente el proceso de intervención, indagando sobre los puntos más vulnerables y afectados por la situación de discapacidad, preocupándose de las inseguridades y necesidades que puedan tener. En caso de persistir el estado de duelo o crisis emocional, el trabajador social intentará aliviar y reconducir el problema e informando de las posibilidades que a los familiares se pueden acoger, como por ejemplo, ayudas de la administración, subvenciones, asociaciones, fundaciones, etc. El contacto externo solo se producirá una vez por cada familiar.



Para complementar el expediente a los fines descritos, se procederá a trabajar una ficha de seguimiento, que deberá adjuntarse junto con todo el expediente del trabajo realizado. (Ver ficha de seguimiento).

La ficha se divide en dos partes, la primera es para el cumplimiento de la información personal del familiar. Se debe indicar si el seguimiento se hizo interno o externo, aplicando un aspa en el casillero que correspondiera la respuesta; y en la segunda parte se debe rellenar la situación encontrada del familiar especificando su estado emocional actual. También se deberá señalar las orientaciones ofrecidas por el trabajador social, y por último se dispone de un casillero sobre las observaciones, para el operario pueda anotar cualquier aporte que enriquezca la comprensión del expediente.

Gestión social: es la gestión de la elaboración de los espacios para la interacción social entre el operario y los familiares. Desde este contexto, se elaboran los procesos que se llevarán a cargo y la consecución de los objetivos.

El abordaje de esta gestión social debe contener los siguientes principios:

- La labor del trabajador social implica el diálogo con los familiares, especialmente con los padres.
- Se debe diseñar una estrategia de ejecución que atienda las necesidades y los problemas que les asisten a los familiares.
- La aplicación de las labores y estrategias deben estar inspirados en un servicio de calidad y calidez, tal como requieren los planteamientos del Buen Vivir descritos en la Constitución.

Se requiere, por tanto, que los trabajadores sociales tengan pleno conocimiento de la problemática que se aborda en las familias afectadas, para aplicar las habilidades de gestión que mejore la situación de crisis y duelo entro los afectados.

Gestión de riesgos: dependiendo del tipo de discapacidad el trabajador social deberá prevenir a los familiares de los riesgos y estrategias que deberán desarrollar para mitigar los riesgos.



Es importante genera espacios seguros para la atención de las niñas y niños con discapacidad. Para este fin, se debe incorporar un proceso que facilite la medición de los niveles de accesibilidad física o comunicativa donde la persona va a interactuar posteriormente a la salida del centro.

También se deberá informar sobre la necesidad de implementar paulatinamente los espacios inclusivos que apoyen el fomento de actividades y posibiliten la integración de las niñas y niños en la sociedad de la manera más efectiva, fomentando actividades lúdicas o recomendando personas o instituciones que aborden los cuidados de las personas con discapacidad y de las orientaciones necesarias que tendrán que tener los familiares más cercanos.

El objetivo, entonces, será la mejora de los niveles de accesibilidad física y comunicativa de las niñas y niños afectados, con la estrategia de dar la información necearía al respecto para que los familiares encargados puedan tomar las medidas necesarias.

Evaluación final: consiste en la constatación de los resultados sobre los familiares, los avances logrados y el desarrollo de las habilidades conseguidas. Se debe establecer el proceso aplicado. (Ver informe de evaluación final)

Al término de la aplicación de los protocolos se elaborará un registro final de los avances en cada uno de los familiares. Este registro permite valorar el perfil de desarrollo de los intervenidos y sus progresos.

3.7. Actividades del trabajador/a social en las intervenciones

El trabajador social realizará sus funciones como miembro del centro de salud, definido como una unidad asistencial donde por medio de una atención multidisciplinaria se atenderá a los usuarios o usuarias del servicio desde una perspectiva que comprende la prevención, asistencia y el seguimiento, para conseguir un estado completo de bienestar tanto físico como mental y social.



Todas las actividades han de ser registradas en las fichas e informes de historial clínico que se describen más adelante. Las actividades del trabajador social se realizan en tres niveles:

Nivel primario: incluyen formas de acción social destinadas a recabar más información de manera directa, y a disminuir la incidencia del problema, es decir, evitar su propagación emocional a otros familiares.

Nivel secundario: Es la acción encaminada a evitar el desarrollo del problema que ya ha aparecido, por lo tanto, comprende tanto el diagnóstico precoz como la asistencia para evitar el mantenimiento de la situación problemática y las posibles secuelas que se deriven.

Nivel terciario: Son las acciones asistenciales de rehabilitación con objeto de favorecer la reinserción social, familiar y comunitaria de los familiares. Se debe atender a la familia ofreciendo el apoyo, el asesoramiento y la información, y realizando las actividades siguientes:

- Estudio y valoración de la situación social y familiar, con el análisis de las relaciones existentes entre los diversos actores involucrados
- Desarrollo del plan de intervención diseñado
- Apoyo socio sanitario
- Involucrar a la familia en la resolución de la situación objeto de la intervención.
- Derivación en caso grave y necesario a otros servicios o instituciones

Estas actividades se realizan a través de las siguientes técnicas:

- Observación
- Entrevista individual y/o colectiva de los familiares
- Charlas de individuales y de grupo
- Construcción de genograma y constelación familiar
- Seguimiento
- Visitas Domiciliarias



3.8. Ficha de evaluación

Para la elaboración de la ficha de evaluación se deberán tener en cuenta los siguientes puntos:

Ambientación:

- ✓ El lugar que se debe crear la información para la ficha debe ser agradable y poco intimidatorio, facilitando la obtención de la información necesaria y de manera adecuada.
- ✓ Los materiales necesarios y la ficha deben estar a mano para su aplicación inmediata.
- ✓ Se utilizará la información de manera separada para cada miembro de la familia al que se deba intervenir.
- ✓ En la sección de áreas de intervención hay cuatro columnas disponibles para rellenar los resultados de la evaluación inicial.
- ✓ La ficha de evaluación está dividida en dos partes: en una consta el registro de datos de información; y la otra consta el área de intervención donde se da referencia al estado emocional, las fortalezas, dificultades y las conductas más destacadas del familiar.
- ✓ El trabajador social asignado para realizar la evaluación, debe mantener una actitud de simpatía y respeto que genere confianza y seguridad entre los familiares afectados en el proceso de duelo y crisis emocional.



Tabla 4. Ficha de evaluación

Nombres y apellidos:			
Familia:			
Edad:			
Discapacidad del menor:			
Parentesco o relación con el niño:			
Teléfono:			
Ocupación profesional:			
Dirección domicilio:			
Trabajador Social responsable:			
fecha:			
Área de intervención			
Estado emocional:	Fortalezas:	Dificultades	Conductas:
Comentarios:			

Elaborado por: María José Salazar

El trabajador social será el profesional encargado de la evaluación según el cronograma establecido por la coordinación y será la persona encargada de realizar el contacto y las entrevistas con los padres o familiares de la niña o niño con discapacidad. El trabajador social deberá exponer las actividades realizadas en la ficha de evaluación en la sección de área tratada.



La evaluación dependerá del cronograma de trabajo del trabajador social, donde la ficha de evaluación se utilizará por las siguientes causas:

- Para el registro de los datos de información que se irán obteniendo de los encuentros y entrevistas con los familiares afectados o en su ausencia con los representantes legales.
- Para tomar registro de los resultados en cada área tratada tomando los parámetros de valoración que se establezcan.

El tiempo empleado para las actividades dependerá del instructivo particular que establezca la coordinación.

Posteriormente al encuentro y de haber realizado la actividad con los familiares, se deberá proceder a registrar las respuestas de la ficha de evaluación.

El apartado comentarios se debe utilizar para dar aclaraciones o puntualizaciones de las actividades que se vea importante indicar.

Una vez finalizada la actividad en la ficha de evaluación, se deberá proceder a elaborar el informe de evaluación.

3.9. Informe de evaluación

Para la realización de este informe se deberán tomar en consideración los siguientes pasos:

El informe deberá contener toda la información que recoja el trabajador social y que permitirá conocer al familiar que ha sido evaluado. El informe de evaluación es el elemento para conseguir una intervención del tratamiento personal de los familiares.

En el informe deberá constar la discapacidad que padece (que ha sido diagnosticada la niña o niño de manera congénita, para facilitar las conclusiones y estrategias que se deberán analizar y aplicar posteriormente.



El trabajador social encargado de la evaluación, deberá ser quien estructure el informe de evaluación es establezca las estrategias de atención a los familiares afectados.

En el informe se registrarán los datos obtenidos en los diferentes encuentros con los familiares.

En el informe se registrará de manera ordenada y lógica el desarrollo de las actividades, especificando las áreas tratadas, las valoraciones constatadas, los progresos, las dificultades, etc.

En el informe, además, deberá constar un análisis que posibilite un perfil claro del desarrollo de las actividades, de los aprendizajes, las conductas y las emociones de los familiares y que se observen en cada una de las evaluaciones.

Además, se hará constar las recomendaciones que vea necesarias el trabajador social para una posterior atención que se pudiera requerir o usar por otro profesional.

Tabla 5. Informe de evaluación

Nombres y apellidos del familiar:	
Familia:	
Trabajador Social evaluador:	
fecha:	
Discapacidad de la niña/o	
Informe de evaluación:	

Elaborado por: María José Salazar



Para cada informe se deberá establecer un código de documentación para cada familiar intervenido. El informe será archivado en su dossier respectivo y la información procesada a efectos estadísticos que pudieran requerir.

3.10. Fichas de los procesos de intervención

La ficha para los procesos de intervención es la siguiente:

Tabla 6. Ficha de procesos de intervención

Área de intervención:					
subárea:					
Familia:					
Trabajador social responsable					
Fecha	Nombre apellidos	objetivo	actividades	materiales	firma del familiar responsable

Elaborado por: María José Salazar

Los trabajadores sociales cumplimentarán la ficha con la información recabada y que será necesaria para completar el historial de cada uno de los familiares intervenidos en el proceso.

La ficha deberá ser completada con un lenguaje comprensible y que brinde la información precisa sobre el familiar y las áreas de actuación realizadas.

Las revisiones se realizarán en la medida que se vayan realizando los encuentros y entrevistas con los familiares.



Siempre que sea posible se adjuntará documentos o copia de estos que faciliten la comprensión de la información transmitida, por ejemplo, copia de informes médicos anteriores, etc.

3.11. Informe de evaluación final

A continuación, se presenta el informe de evaluación final que servirá para el expediente profesional de la Coordinación de los trabajadores sociales, y también para poder facilitar las conclusiones del trabajo a los facultativos implicados y a los operadores de sanidad que intervinieron.

Tabla 7. Informe de evaluación final

Nombre y Apellidos:			
Familia:			
Trabajador Social evaluador			
Fecha de informe:			
Dificultades encontradas:	Procesos aplicados:	Habilidades conseguidas:	Resultados:

Elaborado por: María José Salazar

3.12. Ficha de seguimiento

La ficha de seguimiento es una herramienta que complementa toda la información anterior y recupera con sencillez la información que se desprende de los últimos encuentros o entrevistas con los familiares.



Tabla 8. Ficha de seguimiento

Nombre y Apellidos:		
Familia:		
Trabajador Social:		
Fecha de seguimiento:		
seguimiento interno		
seguimiento externo		
Situación encontrada		
Orientaciones realizadas		
Observaciones		

Elaborado por: María José Salazar

CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados para este trabajo de investigación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Se han precisado los factores y situaciones traumáticas, encontrando que una situación traumática puede ser desencadenada por cinco factores principales: por factores biológicos que predisponen a la persona y la hacen más vulnerable a situaciones de estrés; el nivel de desarrollo psicosocial del individuo que lo vuelve más o menos sensible a una crisis; la severidad del trauma donde la reacción del individuo depende de la intensidad, naturaleza y duración del trauma; el contexto social y las relaciones interpersonales en que se desarrolla el individuo; y, las características de la personalidad del individuo que marcan el efecto que la situación traumática pueda tener.
- Se han identificado los diferentes enfoques de intervención en crisis para el abordaje de las personas que presentan experiencias traumáticas, planteando que la intervención en crisis está basada en matices teóricos y prácticas con enfoque funcional donde los impulsos internos instintivos del individuo y las influencias ambientales es dirigida por el deseo individual de autonomía y crecimiento personal; enfoque psicosocial que se preocupa por la mejora de las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del individuo; y, un enfoque de resolución de problemas que se centra en apoyar a resolver la dificultad actual para hacer frente a las sucesivas dificultades.
- Con base en el fundamento teórico-conceptual, se ha propuesto un modelo de intervención en situaciones traumáticas y de crisis, esta vez aplicado en procesos de duelo familiar ante una discapacidad congénita de un niño o niña, como aporte a la metodología de la actuación profesional homogénea para dar respuesta a los problemas y las necesidades que a menudo se plantean a nivel hospitalario, y que afectan tanto al niño o niña como a sus familiares,



- Se ha analizado el rol de la y el trabajador social en situaciones traumáticas desde el modelo de intervención en crisis, destacando que su rol es brindar atención multidisciplinaria a los usuarios o usuarias del servicio desde una perspectiva que comprende la prevención, asistencia y el seguimiento, para conseguir un estado completo de bienestar tanto físico como mental y social.



RECOMENDACIONES

- Es importante que en la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Cuenca se continúe impulsando el desarrollo de investigaciones por parte de los futuros profesionales, especialmente para continuar con investigaciones similares en diferentes ámbitos, de modo que se pueda crear una base de información con protocolos que en algún momento pueden ser de gran ayuda en el ejercicio profesional.
- Teniendo en cuenta la importancia de la intervención del trabajador social, resulta importante que el sistema de salud pública considere siempre la presencia de un profesional en los subcentros de salud y en las atenciones emergentes de accidentes para que se pueda brindar una atención inmediata que permita hacer frente a la situación traumática y reducir lo más posible los efectos postraumáticos que pudieran interferir, o incluso, alterar profundamente la vida del paciente y su entorno.
- Se pone a disposición de los profesionales y futuros profesionales del Trabajo Social este trabajo de investigación que pueda servir como referencia al momento de tratar situaciones de duelo familiar por discapacidad en centros hospitalarios.



BIBLIOGRAFÍA

- Angarita, C. (2007). *Psicología Social: Teoría y Práctica*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial, nº 449.
- Asamblea Nacional. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Quito: Registro Oficial Suplemento nº 796.
- Asociación Americana de Psiquiatría . (2000). *DSM IV*. Asociación Americana de Psiquiatría .
- Balderas Contreras, M., & Ramírez Pacheco, J. (2004). Coordinación de programas sociales. En M. Sánchez Rosado, *Manual de trabajo social* (2ª ed., págs. 421-440). México: Plaza y Valdés.
- Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo: amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 221-224. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n3/art01.pdf>
- Córdova, M. (2014). *Solo se vive una vez*. Florida: Charisma Media. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?isbn=162136884X>
- Echeburúa, E., & de Corral , P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Fanjul, F., Lizón, P., Rosat, I., & García, A. (2006). *Agentes de la Policía Local Del Ayuntamiento de Valencia*. Madrid: Editorial MAD.
- Fernández, L. (2010). *Modelo de intervención en crisis: en busca de la resiliencia*. Grupo Luria. Obtenido de



<https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 15-39. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80120703.pdf>

Hernández, I., & Gutiérrez, L. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Obtenido de http://www.cucs.udg.mx/principal/sites/default/files/Manual%20Primeros%20Auxilios%20Psicol%C3%B3gicos_2014.pdf

Hewitt, N., & Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627012.pdf>

Intra-Med. (2014). *Score de Apgar*. Santo Domingo (República Dominicana): Universidad Iberoamericana.

Lardoeyt, R., Rodríguez, R., Camacho, A., & Jijon, M. (2011). Consanguinidad y agregación familiar en personas con discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 5(2), 64-69.

Markez, I. (2016). *Violencia Colectiva y Salud Mental*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Mascaraque, J., & Corral, E. (2009). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Editroal Arán. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?isbn=8496881784>

MIES. (2017). *Visión, Misión*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/misionvision/>

Navarro Llobregat, B. (2017). Los servicios sociales: "El cuarto pilar". En M. Navas Luque, & M. Guerrero Villalba, *Salud, familia y bienestar* (págs. 163-181). Almería, España: Universidad de Almería.



- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega, T., de la Cuesta, D., & Días, C. (septiembre-diciembre de 1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Scielo*, 15(3).
- Padilla, R. (2006). *El huracán del 59, historia del desastre y reconstrucción de Minatitlán, Colima*. Colima: Univesidad de Colima.
- Puchol, D. (2011). *Trastorno por estrés postraumático: conceptualización, evaluación y tratamiento*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/16/>
- Regidor, E., Gutiérrez, J., & Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Rendón, M., & Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Revista Hallazgos*, 8(16), 219-242. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835206013.pdf>
- Rojas Quiceno, G. (2013). *Índice de Felicidad y Buen Vivir*. Cali, Colombia: Fundación Naturaleza Planeta y Vida.
- Salvador, M. (2011). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- Sánchez, M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. México D.F.: Plaza y Valdés. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?isbn=9707222751>
- Secretaría del Buen Vivir. (2016). *ONU promueve inclusión de personas con discapacidad*. Obtenido de <http://www.secretariabuenvivir.gob.ec/onu-promueve-inclusion-de-personas-con-discapacidad/>
- Suarez Cuba, M. (junio de 2015). Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Revista Médica la Paz*, 24(1), 72-74.



Titonelli Alvim, N. (2013). Salud en la perspectiva de la integralidad. *Scielo*, 17(4), 599-602.

Torres, M., Martínez, A., Sayers, S., & Padilla, L. (2013). Eventos traumáticos en estudiantes de medicina y psicología clínica en Puerto Rico. *Interamerican Journal of Psychology*, 47(1), 101-110. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28426980012.pdf>

Viscarret, J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández, *Fundamentos del Trabajo Social* (págs. 293-344). Madrid: Alianza Editorial.

Worden, W. (2013). *El tratamiento del duelo : asesoramiento psicológico y terapia* (4ª ed.). Barcelona, España: Paidós.

ANEXOS

Anexo 1: Elaboración de ecomapa

- Material: papel y lápiz, se puede utilizar hojas preimpresas, que ayudan a ahorrar tiempo.

Tiempo necesario para su elaboración, entre 15 a 20 minutos.

- Se lo puede realizar en una o varias consultas, con uno o varios miembros de la familia.
- Se lo realiza cuando en familias que el médico familiar considere necesario conocer los recursos de apoyo social extrafamiliares.
- Al ser un instrumento dinámico, se debe actualizar cuando el médico familiar y/o equipo de salud lo considere necesario.
- Debe ser adjuntado a la historia clínica familiar, junto a otros instrumentos como el genograma, APGAR familiar, etc.
- Para el diseño se parte de la estructura de la familia, se traza un círculo alrededor de la misma, que permite diferenciar el medio intrafamiliar del extrafamiliar. Figura 1.
- Alrededor de este gran círculo, y como elementos del contexto se dibujan círculos más pequeños, cada uno de ellos representara un recurso (la familia extensa, instituciones educativas, religiosas, de salud, etc.). Figura 2.
- Para representar las relaciones se trazan líneas que unen cada círculo, ya sea con un miembro de la familia en particular, o con todo el círculo, cuando se quiere resaltar que el recurso es importante para todo el grupo familiar. Figura 3.

Figura N° 1

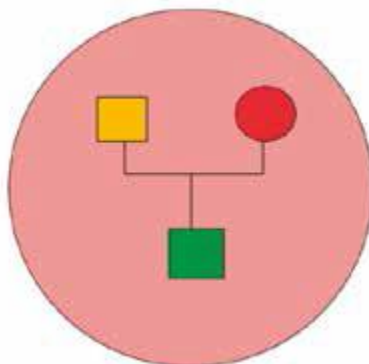
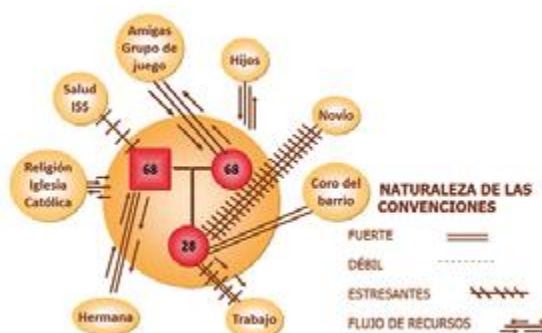


Figura N° 2



Figura N° 3



ÁREAS A SER INCLUIDAS EN EL ECOMAPA: son múltiples, el trabajador social determinará cuáles deben incluirse, como por ejemplo:

- Relaciones personales significativas,
- Los servicios comunitarios,
- Los grupos sociales,
- Educación,
- Trabajo,
- Instituciones de salud,
- La familia extensa,
- Otros.

ANÁLISIS DEL ECOMAPA

El ecomapa permite evaluar:

- 1) ¿Está la familia abierta a nuevas experiencias?
- 2) ¿Son los límites permeables?
- 3) ¿Son los límites flexibles?
- 4) ¿Está restringida la familia?
- 5) Satisfacción de las necesidades de la familia.



- Estabilidad.
- Crecimiento.
- Enriquecimiento.
- Competencia.
- Contextualizar la familia dentro de su cultura.

6) Necesidades de la familia como:

- Protección
- Salud
- Sentido de pertenencia intimidad, relaciones interpersonales
- Educación
- Fuentes de crecimiento espiritual

(Suarez Cuba 2015)



Anexo 2: Elaboración de Test Apgar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente el trabajador social obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando al trabajador social una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fortalezas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias. El trabajador social utiliza datos procedentes del estado de salud para formular un “perfil de salud”, el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico y planificar intervenciones del trabajador social apropiados, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida.

El cliente anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

- Casi siempre: (2 puntos);
- Algunas veces. (1 punto);
- Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

Cuestionario Apgar de la familia:ver



	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

(Intra-Med 2014)

Anexo 3: Elaboración de test de evaluación del funcionamiento familiar FF-SIL

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL. Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Ud. debe clasificar y marcar con una X su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:



Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

(Ortega, de la Cuesta y Días 1999)



Anexo 4: Diseño de tesis

DISEÑO DE MONOGRAFÍA

1. Título de la monografía:

El rol de la y el trabajador social en situaciones traumáticas desde el modelo de intervención en crisis

2. Problematización. -

Durante el transcurso del ciclo vital, podemos evidenciar que los seres humanos en su diario vivir se encuentran afectados e inmersos en situaciones traumáticas y de crisis condicionadas por el entorno: socio-cultural, familiar, económico, educativo, laboral y de salud del que provienen, factores que producen estrés y desestabilización emocional, física y psicológica lo cual dificulta su sana convivencia, pues al encontrarse en dicho estado, las personas colapsan deteriorando su desarrollo integral y relacional con su medio inmediato, por lo que requiere una actuación emergente y propicia de un equipo multidisciplinario integrado por un Trabajador Social.

3. Justificación

3.1 Impacto Científico

Al ser el Trabajo Social una profesión que promueve el cambio social, los derechos humanos y el bienestar de los individuos, grupos y comunidades es de vital importancia profundizar dicha temática, por lo que se propone un protocolo de intervención en crisis a partir del análisis de los aportes de profesionales de trabajo social, psicólogos y terapeutas expertos en esta temática, con la finalidad de abordar de manera holística a estas personas mejorando su situación dimensionalmente, garantizando así su desarrollo integral y relacional con su medio inmediato.

3.2. Impacto Social

Las y los Trabajadores Sociales al estar en interacción constante con diferentes personas, que presentan situaciones traumáticas somos las y los primeros profesionales en abordar esta problemática evidenciando la necesidad de brindar atención inmediata de un profesional de Trabajo Social para evitar que se desarrolle un trastorno por estrés



postraumático, a través de la creación de un entorno seguro para la víctima además de ofrecerle apoyo y contingencia, así como evaluar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social de la víctima, para lo cual es necesario responder con nuevas formas de intervención emergentes y de seguimiento asistido.

4. Objetivos

4.1. General:

- Analizar el rol de la y el trabajador social en situaciones traumáticas desde el modelo de intervención en crisis con la finalidad de brindar una ruta de actuación profesional.

4.2. Específicos

- Precisar factores y situaciones traumáticas
- Identificar los diferentes enfoques de intervención en crisis para el abordaje de las personas que presentan experiencias traumáticas
- Establecer propuestas de intervención en situaciones traumáticas y de crisis como aporte a la metodología de la actuación profesional.

5. Fundamentación Teórica

Experiencias traumáticas

Una experiencia traumática es un evento (accidente, catástrofe, entre otros) que en algún momento sucede en la vida del individuo y que compromete o amenaza su bienestar emocional, puesto que se produce un impacto psicológico significativo.

La experiencia o suceso y su impacto sobre la víctima depende de parámetros objetivos relacionados con “acontecimientos estresantes externos (la intensidad, la duración y la acumulación de sucesos de vida estresantes), pero también de la evaluación cognitiva de la víctima en relación con los recursos psicológicos (intra e interpersonales) disponibles para hacer frente a los eventos estresantes” (Echeburúa & de Corral, 2007, p. 375).

De igual manera, la experiencia se convierte en un trauma conforme a la vulnerabilidad de la víctima para desarrollar reacciones negativas, es decir, cuando presenta fragilidad emocional antecedida por una historia traumática previa, lo cual provoca que la persona se sienta sobrepasada frente a estas situaciones que en cierto momento se ve obligada a enfrentar.



En estos casos la persona es incapaz de adaptarse a la nueva situación y puede sentirse indefensa y perder la esperanza en el futuro, lo que le impide gobernar con éxito su propia vida y es fuente de problemas adicionales (malestar emocional, abuso del alcohol, dificultades en las relaciones interpersonales e interferencia negativa en la actividad laboral o académica). (Echeburúa & de Corral, 2007, p. 375)

Para enfrentar estas situaciones traumáticas algunas personas con mayor sensibilidad o que han vivido una experiencia de mayor impacto, pueden llegar a requerir tratamiento psicológico o farmacológico; sin embargo, cuando se provee una atención psicológica oportuna para cubrir los requerimientos de la víctima y se brinda el apoyo familiar y social adecuado, se puede contribuir a digerir el trauma. “De este modo, estas personas, aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos” (Tedeschi y Calhoun, 2004, p. 17).

Por el contrario, cuando las personas que enfrentan experiencias traumáticas no han recibido la atención profesional oportuna, tienen mayor riesgo de quedar atrapadas en el suceso sufrido y viven atormentadas por el sufrimiento constante y se aíslan socialmente, llegando incluso a adquirir conductas peligrosas como: beber alcohol en exceso, comer de manera desmedida, perder el apetito, automedicarse, entre otras conductas que atentan con la integridad propia y de quienes los rodean.

Crisis

Una crisis, de acuerdo con Slaikeu (1988), citado por Fernández 2010, es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 6).

Partiendo de esta definición, la crisis se presenta como un período transicional de trastorno que, además de ser un momento difícil para la persona que lo sufre, puede representar también una oportunidad para desarrollar la personalidad, siempre que la situación sea manejada de manera adecuada y supervisada para evitar el peligro de una mayor vulnerabilidad frente al trastorno mental que está atravesando el individuo.



Tipos de crisis

De acuerdo con Fernández (2010), las crisis pueden ser a) del desarrollo o evolutivas (esperables) o ser b) circunstanciales (accidentales inesperadas o imprevisibles):

Etapas de la crisis

Las crisis, según lo explica Angarita (2007), evolucionan en la medida que pasan por varias de las siguientes etapas:

5. Ocurrencia del evento vital

- Aumento de la tensión emocional
- Empleo de mecanismos habituales de solución de problemas

6. Fracaso de los mecanismos utilizados + persistencia del evento vital

- Mayor aumento de la tensión
- Inicio de la desorganización, ineficacia, minusvalía

7. Ensayo de nuevos mecanismos de enfrentamiento

- Atenuación del evento vital
- Éxito de los nuevos mecanismos de enfrentamiento
- Redefinición del problema
- Planteamiento de nuevas metas

Cuando no ocurre ninguno de los resultados del paso 3, entonces:

8. Aumento de la tensión a límites insoportable

- Grave desorganización emocional y conductual 197 (Angarita, 2007)

Intervención en crisis

De acuerdo con Echeburúa y del Corral (2007) los sucesos más traumáticos (las agresiones sexuales, la violencia de pareja, los atentados terroristas, etc.) dejan frecuentemente secuelas emocionales crónicas y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas.

Para contrarrestar dichos traumas y evitar las secuelas, el profesional en Trabajo Social cuenta con herramientas de apoyo a las víctimas como la intervención en crisis, que, a

decir de Angarita (2007), “es un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos emocionales se aminore y la probabilidad de crecimiento personal se incremente” (p. 199). En otras palabras, la intervención en crisis comprende un conjunto de acciones de distinta complejidad que sirven para brindar apoyo a un individuo que se encuentra en pleno proceso de crisis debido a una determina experiencia traumática que ha vivido.

La intervención en crisis tiene dos modalidades:

- Primeros auxilios emocionales diseñados para ayudar, de manera inmediata a las personas a restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial. Por lo general, es ofrecido por personal no especializado el cual entra en contacto con las víctimas en los primeros momentos después del desastre u evento traumático en cuestión.
- Intervención especializada o profesional para emergencias psiquiátricas. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 48)

Rol del Trabajador Social

Sobre la aplicación de un modelo específico de intervención en crisis, Angarita (2007) sostiene que no existe un modelo que haya sido rigurosamente evaluado en términos científicos, por lo que recomienda “tener en cuenta lo que refieren quienes día a día trabajan en este campo, manejando las crisis, ayudando a los que sufren, y que sin duda poseen el bagaje de la experiencia práctica, como es el caso del trabajador social” (p. 199). En este modelo el trabajador social interviene con individuos que se enfrentan a situaciones difíciles pero temporales, y que no pueden resolver o enfrentar los problemas emergentes con sus recursos habituales.

El objetivo en trabajo social de casos es ayudar al individuo en crisis a que logre un estado tolerable de confort emocional, para que pueda afrontar su situación, así como a obtener un conocimiento más preciso y efectivo de lo que le pasa; se le ayuda a enfrentarse con sus sentimientos negativos de ansiedad, culpa y depresión, y a utilizar una red de recursos y relaciones apropiadas para la solución de su problema. (Sánchez, 2004, p. 170)



De ahí que, el rol de trabajador social en el planteamiento de un modelo de intervención en crisis, es importante pues su labor parte del abordaje sistémico para la comprensión del problema e incluye en la intervención elementos personales, relacionales, grupales y la utilización de recursos sociales para ayudar al individuo a través de la comprensión del sufrimiento, la contención, clarificación de sentimientos en relación al objeto perdido, estimulación y motivación hacia sí mismos, familia, entorno y sus responsabilidades, permitiéndole recuperarse del trauma y continuar con su vida normal a nivel personal y de relación con los demás facilitando su reintegración social.

6. Esquema Tentativo

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I.

EVENTOS TRAUMATICOS Y SITUACION DE CRISIS

- 1.10. DEFINICION DE TRAUMAS
- 1.11. EVENTO TRAUMÁTICO
- 1.12. TIPOS DE TRAUMAS
- 1.13. IDENTIFICACIÓN DE CRISIS Y SITUACIONES TRAUMÁTICAS
- 1.14. DEFINICIÓN DE CRISIS
- 1.15. TIPOS DE CRISIS
- 1.16. FACTORES QUE DESENCADENAN SITUACIONES TRAUMÁTICAS Y DE CRISIS
- 1.17. FASES DE LA CRISIS
- 1.18. CARACTERÍSTICAS DE LA CRISIS

CAPITULO II.

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

- 2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
- 2.2 RESEÑA HISTÓRICA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
- 2.3 NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS
- 2.4 PROCESO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
- 2.5METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

CAPITULO III.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROCESOS DE DUELO FAMILIAR ANTE UNA DISCAPACIDAD CONGÉNITA DE UN NIÑO O NIÑA BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

- 3.1. INTRODUCCIÓN
- 3.2. ASPECTOS LEGALES
- 3.3. OBJETIVOS



- 3.4. ALCANCE
- 3.5. PLAN GENERAL DE ACTUACIÓN
- 3.6. ORGANIGRAMA
- 3.7. ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN LAS INTERVENCIONES
- 3.8. FICHA DE EVALUACIÓN
- 3.9. INFORME DE EVALUACIÓN
- 3.10. FICHAS DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN
- 3.11. INFORME DE EVALUACIÓN FINAL
- 3.12. FICHA DE SEGUIMIENTO
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES

7. Procedimientos Metodológicos

7.1. Métodos

La presente investigación se basará en la aplicación del método deductivo en la cual se partirá de diferentes postulados sobre la intervención en crisis a partir del análisis de los aportes de profesionales de trabajo social, psicólogos y terapeutas expertos en esta temática y finalmente se propone un protocolo de intervención sobre el rol del trabajador social en situaciones traumáticas basado el modelo de intervención en crisis.

7.2. Técnicas

Revisión bibliográfica: Permitirá un acercamiento conceptual y estructural en cuanto a las fuentes documentales tales como: libros, revistas, diccionarios, artículos protocolos de atención, entre otros documentos que, a través de la lectura comprensiva, permitirá descubrir y entender claramente el conocimiento que brindan los diferentes autores para establecer criterios y extraer conclusiones valiosas para la temática a tratarse.

8. Bibliografía

- Angarita, C. (2007). *Psicología Social: Teoría y Práctica*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Benito, M. (2011). *Proyecto de intervención sistémica en familias con niños con Síndrome de Down: relaciones entre hermanos. Trabajo de fin de grado*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.



- Fernández, L. (2010). *Modelo de intervención en crisis: en busca de la resiliencia*. Grupo Luria. Obtenido de <https://orientacascuales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>
- Louro, I. (2002). *Manual para la intervención en la salud familiar*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Martín, C. (2000). *Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas*. Caracas: Editorial Melvin. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?isbn=9800017739>
- Martín, C., & Páez, D. (2000). *Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social*. Madrid: Editorial Fundamentos. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?isbn=8424508726>
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Sánchez, M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. México D.F.: Plaza y Valdés. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?isbn=9707222751>
- Trigueros, I., Mondragón, J., & Serrano, M. (2001). *Trabajo Social*. Sevilla: Editorial MAD.
- Viscarret, J. (2007). *Modelos de intervención en trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.



9. Cronograma

Actividad	Año 2016	Año 2017				
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elaboración del diseño de la monografía	X					
Recopilación de Información bibliográfica		X				
Redacción del primer informe de investigación			x			
Sistematización de la investigación			X			
Redacción del informe final de la investigación				X	X	
Presentación y sustentación de la investigación monográfica						X

María José Salazar Salazar

Cuenca, 21 de diciembre del 2016