

**CRISIS POR ALTERACIÓN DE LA SALUD
FÍSICA: UN MODELO DE INTERVENCIÓN**

CRISIS POR ALTERACIÓN DE LA SALUD FÍSICA: UN MODELO DE INTERVENCIÓN

Kenly Chacón Sandí*

INTRODUCCIÓN

La existencia de todas las personas está marcada por el enfrentamiento a situaciones que provocan pensamientos, sentimientos y reacciones, que desequilibran su cotidianidad. La forma en que cada persona hace uso de los recursos individuales o redes significativas para enfrentarla, hará la diferencia en que esta situación se convierta en un proceso de evolución y crecimiento o de conflicto y deterioro.

Las situaciones de crisis, circunstanciales o de desarrollo, van a provocar que las personas que las experimentan, pierdan el control emocional para su manejo y por lo tanto la capacidad para plantear y generar soluciones, es aquí donde una oportuna y adecuada *intervención por parte de personas capacitadas*, puede contribuir a la canalización de los recursos internos y externos de las personas hacia la búsqueda y ejecución de soluciones a la crisis, propiciando que, gradualmente, las personas regresen a su funcionamiento habitual.

Como cada crisis es experimentada y enfrentada por cada persona de forma única y diferente, no se puede generalizar acerca de la crisis que provoca más angustia o estrés, sin embargo, algunas de las situaciones de crisis más comunes son las relacionadas con la alteración en la salud física. Estas crisis dependiendo de la gravedad de la enfer-

medad, va generando mayor estado de angustia e involucrando a mayor número de personas, por la amenaza explícita o implícita que representa para la vida.

Las enfermedades crónicas, entre ellas la insuficiencia renal, es una enfermedad que hace que la persona y su familia experimente constantemente *situaciones de crisis*, esto por el agudizamiento de las manifestaciones físicas que van provocando poco a poco pérdida de las capacidades para el funcionamiento social. A la crisis generada por las consecuencias de la enfermedad, se asocia una nueva situación de crisis: la provocada por el tratamiento médico, o sea el Trasplante Renal.

Las características de esta enfermedad y tratamiento han obligado a los funcionarios de los centros médicos a considerar su abordaje en forma integral. Es por ello que el Programa de Trasplante Renal del Hospital México tiene como objetivo rehabilitar física y socialmente al paciente con insuficiencia renal crónica, mediante la atención especializada y el apoyo de su familia. El Programa de Trasplante Renal del Hospital México, trabaja con esta perspectiva desde 1982, y al mes de diciembre del 2001 ha realizado 541 trasplantes, interviniendo integralmente al paciente y su familia en todo el proceso.

* Máster en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica, funcionaria del Hospital México.

Durante el proceso de Trasplante, la intervención por parte de Trabajo Social es indispensable, sobre todo al inicio donde es necesaria la intervención en crisis para el abordaje del impacto emocional, así como para la movilización y organización de recursos personales, familiares y materiales para su adecuado enfrentamiento y superación.

Respondiendo a las características del Proceso de Trasplante, el presente trabajo contiene una propuesta para intervenir la crisis que se genera al inicio del proceso, es decir, cuando el médico comunica al paciente y familiares el diagnóstico de insuficiencia Renal Crónica o Terminal y el Trasplante Renal como tratamiento. Sin embargo, el modelo propuesto, puede ser adaptado y utilizado para intervenir diversos problemas de salud que generen altos grados de angustia e inestabilidad.

Para entender teórica y metodológicamente la propuesta, primero se expone un marco teórico acerca de Intervención en Crisis y el problema que se interviene, y luego se describen las características y metodología del proceso de intervención.

1- Marco conceptual sobre intervención en crisis

Sin excepción, toda persona se enfrenta a problemas propios de su desarrollo individual y social, así como a circunstancias impredecibles que generan inestabilidad o pérdida de equilibrio, que le impide al individuo resolver o controlar sus efectos.

Algunas personas no son capaces de enfrentar o resolver estas cri-

sis favorablemente y requieren de guía y apoyo para su resolución, es aquí donde adquiere importancia la Intervención en Crisis o Terapia Breve. La psicoterapia abreviada, en términos de Paul Hoch (1968), da resultados en la resolución de conflictos agudos, no en reacciones psicósomáticas crónicas; esta característica requiere que el o la terapeuta tenga habilidad para diferenciar entre una crisis o un problema crónico, así como para ejecutar un plan de tratamiento corto y activo.

En la terapia breve el rol de la persona terapeuta no debe ser pasivo, más bien activo y agresivo, pues las características de los problemas abordados y el tiempo destinado para su abordaje, requiere que ésta, en muchas ocasiones, intervenga en los actos de la persona cliente e incluso le imponga normas sobre lo que debe y no debe hacerse, ya que en esta terapia no es posible esperar que la persona en crisis modifique su conducta automáticamente a través del proceso de tratamiento, pues esto requeriría de más tiempo. (Hoch, 1968)

Otro punto de suma importancia al que se refiere Hoch (1968), es lo relacionado con la necesidad de conocer el ambiente inmediato de la persona en crisis, sobre todo para reconocer las redes significativas que podrían colaborar con el tratamiento, así como los recursos materiales existentes que contribuirían a mejorar la situación social y económica de éste, cuando el síntoma está relacionado con esta área.

Masserman (1968) es otro autor que hace referencia a la terapia breve y se refiere a ésta como un proceso en el cual se le ayuda a las personas a

reestructurar su propio universo, su confianza en sí, en su prójimo y su sistema social, es decir, que la persona se haga un miembro útil y relativamente feliz dentro de la sociedad. Para ello, el o la terapeuta debe propiciar, no solo, que la persona vea en el proceso de terapia un contacto, una exploración y una reeducación para su propio bien, sino también la creación de un puente a las realidades físicas y sociales para que ésta pueda continuar viviendo en ellas como en su ambiente propio.

Las causas de las crisis son muchas así como sus consecuencias; las crisis toman características particulares dependiendo de la naturaleza del evento que la provocó así como de las fortalezas y debilidades de las personas involucradas en ellas, pero a pesar de ello, las crisis comparten algunas características:

- La ocurrencia de un problema inesperado e inusual que causa estrés psicológico y que demanda una solución inmediata.
- El surgimiento de sentimientos inusuales en las personas involucradas, especialmente sentimientos de vulnerabilidad e impotencia.
- El involucramiento de varias personas que tienen diferentes perspectivas sobre lo que ha sucedido y sobre lo que debe hacerse.
- El involucramiento de un conjunto de problemas en vez de uno solo. (Gil y Edwards, 1998)

Dadas las implicaciones que tienen estas características en la intervención, según Gil y Edwards (1998), la preocupación inmediata de cualquier intervención debe ser ayudar a las personas a recuperar su capacidad para pensar y actuar de manera constructiva y lógica,

además, como las crisis generalmente provocan sentimientos de impotencia, las intervenciones deben incluir la provisión de servicios de apoyo y protección.

Independientemente del tipo de crisis ya sea esta circunstancial al estar determinada por factores ambientales, o de desarrollo por estar relacionadas con el traspaso de una etapa de crecimiento desde la infancia hasta la vejez, la crisis se define como un estado temporal de desequilibrio que impide a la persona funcionar apropiadamente durante un período determinado, pero que a la vez contiene un potencial para realizar cambios. (Claramunt, 1999)

Las crisis, a diferencia del estrés que es un trastorno crónico, tienen una duración determinada, aproximadamente seis semanas en las cuales, la persona no tiene la capacidad de enfrentar el evento precipitante ni los problemas y demandas de su vida cotidiana; luego de este tiempo, la persona utiliza su potencial interno para propiciar un cambio positivo o recobrar el equilibrio.

La autora señala diferentes tipos de eventos precipitantes:

- Los eventos traumáticos que son situaciones súbitas e inesperadas y provocan miedo, paralización y estupor.
- Eventos que exigen cambios drásticos e inmediatos en el estilo de vida y las expectativas.
- Eventos de poca importancia que se presentan al final de un período de eventos estresantes, y los cuales implican cambios en el estilo de vida.
- Eventos que implican cambios a un nuevo estilo de vida.

■ **Eventos que reactivan problemas inconclusos. (Claramunt, 1999)**

Otra de las características de las crisis, es que este período está compuesto por etapas en las cuales la persona reacciona en forma diferente, según el momento en el que se encuentre, estas etapas son:

1. Reacción emocional de impacto, incluye llanto, lamento y paralización.
2. Negación o bloqueo del impacto, la persona evita pensar en el problema y actúa como si no hubiera pasado.
3. Fase de intrusión, caracterizada por la invasión de pensamientos e imágenes acerca de la posibilidad de encontrarle sentido a la experiencia; esta fase puede representar un desafío a los recursos adaptativos de los seres humanos, lo que debe ser aprovechado por los profesionales, fortaleciendo y guiando los recursos internos para alcanzar un cambio positivo.
4. Fase de penetración en la cual se identifican y expresan los sentimientos, pensamientos e imágenes de la experiencia de crisis. Toma especial importancia el dominio cognitivo, en el que se buscan nuevas interpretaciones a los problemas, es aquí donde la ayuda espiritual o los grupos de apoyo contribuyen a encontrarle significado a las experiencias.
5. Fase de consumación, permite la integración de la experiencia dentro de la vida personal, la persona admite que está enfrentando un período de desorganización y reconoce los mecanismos para salir adelante. En esta etapa se restaura el equilibrio, se comprende el problema, se identifican estrategias de enfrentamiento y cambios de conducta. (Claramunt, 1999).

Los momentos de crisis o emergencia presentan un alto riesgo físico y psicológico, por lo que la intervención en situaciones de emergencia tiene como principales metas, primero, mayor seguridad y disminución de riesgos para la persona o personas que experimentan la crisis, y segundo, el uso potencial de la crisis para realizar cambios positivos en la vida cotidiana, bajo la luz del evento precipitante de la crisis.

Según Claramunt (1999), las acciones para alcanzar la primera meta deben estar dirigidas hacia la movilización de recursos externos para aumentar la seguridad de la persona en crisis, contribuir a superar el período de desequilibrio, participar activamente en la solución de las necesidades inmediatas y proporcionar apoyo.

Para alcanzar la segunda meta, o sea el uso potencial positivo del período de crisis, se deben presentar diferentes alternativas para comprender la crisis y el evento precipitante, ayudar a examinar los problemas y las alternativas de solución con orden de prioridad, iniciar junto con la persona la elaboración de planes y metas futuras, posibilitar alternativas de solución para los problemas y propiciar un enfoque de vida positivo. (Claramunt, 1999)

2- Crisis relacionadas con alteración en la salud física

La pérdida de la salud se constituye como una crisis circunstancial ya que no tiene que ver con el proceso natural de maduración de la persona, estas crisis son impredecibles y tienen poca o ninguna relación con la edad o etapa de desarrollo, en consecuencia, pueden afectar a

cualquiera en cualquier momento. Las principales características de una crisis circunstancial son:

- Es un trastorno repentino
- Es inesperado
- La calidad de urgencia, lo que implica una acción inmediata.
- Pueden tener un impacto potencial sobre varias personas.
- Peligro y oportunidad, esto implica que las crisis producen desorganización, pero permiten que las personas adquieran niveles de funcionamiento más altos. (Casas, 1997)

Las crisis generadas por la alteración en la salud están asociadas a un proceso de duelo por la pérdida de la salud, y además, por una confusión mental y dolor emocional, al enfrentarse con la amenaza de muerte. Elizabeth Kübler-Ross citada por Chaves (1998) y Quesada (1991), señala que la persona durante este tipo de crisis experimenta cinco fases:

1. Negación y aislamiento: la persona niega que lo que está sucediendo es real.
2. Cólera: se expresa por la impotencia ante la enfermedad o la muerte, esta fase está acompañada de sentimientos de molestia, culpa, invalidez, vergüenza, hostilidad, envidia y agresión.
3. Regateo o negociación emocional: es un intento por posponer la muerte, se hace un trato con Dios donde hay ofrecimientos y premios de por medio.
4. Depresión: ocurre cuando la persona enfrenta la pérdida de su salud y lo que ello implica, es decir, su independencia, actividades inconclusas y

por todo lo que conforma su cotidianidad. La depresión es una forma realista de enfrentar la verdad, para unos se expresa con llanto y desesperación, para otros es un dolor íntimo, callado, sordo.

5. Aceptación: por lo general, en esta fase la persona se encuentra muy cansada y débil, se observa en la persona calma física, psicológica y espiritual.

No todas las personas que se enfrentan con procesos de pérdida de salud experimentan estas fases en su totalidad o en el mismo orden, algunas viven en repetidas ocasiones varios estadios o no experimentan alguno. A pesar de que estas fases son descritas solo para las personas que tienen la enfermedad, los miembros de la familia también experimentan proceso de duelo, y aunque en forma diferente, sufren y comparten el dolor con su ser querido.

Cuando la persona enferma y su familia recibe información cargada de emoción como son las noticias de diagnóstico, tratamiento o pronóstico, suelen estar muy ansiosos y por lo tanto menos capaces de tomar decisiones adecuadas y resolver sus problemas con coherencia. El impacto de la noticia sacude a todo el sistema familiar y a la vez todos tratan de absorber gran cantidad de información alarmante, la persona cliente y su familia tratan de recobrar el control de una situación abrumadora, buscando todo tipo de información. (Baird y otros, 1991).

Como lo señalan Baird y otros (1991), los múltiples cambios y pérdidas que ocurren durante este período de crisis provocan sentimientos de pena y dolor y además la persona cliente y sus

familiares a menudo se enfrentan con problemas tales como la pérdida de control de la situación, cambios en la imagen corporal y modificación de sus papeles y relaciones en la vida cotidiana.

La información sobre la existencia de la enfermedad y su respectivo tratamiento es, en la mayoría de los casos, dada por el médico, sin embargo son otros miembros del equipo del cuidado de la salud quienes continúan el contacto con el paciente y su familia durante el curso de la enfermedad y por lo tanto están en la posición de poder seguir la trayectoria del proceso de la resolución de la crisis y realizar intervenciones importantes. (Siegel y otros, 1990)

El segundo punto de contacto incluye las correlaciones somáticas de todas las crisis ya sea que empiecen o no con el daño físico o enfermedad. El reto para el equipo de salud en estas circunstancias es el diagnóstico apropiado de la relación entre los síntomas físicos y las crisis de la vida (problemas económicos, conflicto familiar, desempleo o cualesquiera) y hacer las recomendaciones de tratamiento o proporcionar referencias para la terapia en crisis, congruentes con los principios de la resolución eficaz de ésta. (Siegel y otros, 1990)

Las personas que experimentan crisis por alteración en la salud así como por el tratamiento, específicamente, los que sufren de insuficiencia renal y deben ser sometidos a un trasplante, están bajo un estrés grave que a menudo precipita una serie de crisis continuas que amenazan la vida, esto por el reagudizamiento de las manifestaciones de la enfermedad o por los tratamientos que por

métodos artificiales prolongan la vida del paciente. Es por ello que, una vez abordada la crisis inicial, el proceso de intervención psicosocial con las personas candidatas a trasplante, debe continuar con la Terapia de Crisis.

En el caso de las personas que tienen como tratamiento la hemodiálisis y la diálisis ya sea en el hospital o en el hogar, deben tolerar algunas tensiones psicológicas como son los conflictos entre necesidades de dependencia VS independencia, una relación con un objeto inanimado (dializador), ambivalencia sobre la vida VS la muerte, y los conflictos interpersonales relacionados con el personal de la unidad de diálisis y el cónyuge u otros familiares del paciente. (Siegel y otros, 1990).

El mismo autor señala que las personas sometidas al procedimiento quirúrgico, siempre presentan ansiedad antes y después del proceso. La intervención en crisis con personas que requieren de procedimientos quirúrgicos ha estado dirigida hacia la valoración del potencial de la familia para enfrentar la cirugía y proporcionar información sobre ésta y el poso-peratorio con el fin de despejar cualquier idea falsa o malentendido sobre el proceso, así como facilitar la expresión de los sentimientos sobre el evento.

Sin embargo, el impacto de la cirugía con frecuencia no termina cuando se completa el procedimiento, las consecuencias casi siempre se relacionan con un considerable estrés, y el periodo de recuperación por sí mismo puede ser terreno fértil para las crisis de la vida. (Siegel y otros, 1990)

3- Modelo de intervención propuesto

La crisis que experimentan las personas durante el proceso de trasplante renal, el cual inicia cuando el médico le informa al paciente acerca de su condición de salud dándole un diagnóstico y tratamiento médico y termina cuando el paciente regresa a su cotidianidad social, requiere de un proceso terapéutico en el que la intervención inicial o intervención en crisis se constituye en la base para que las personas involucradas en la crisis enfrenten y superen adecuadamente dicho proceso.

La intervención en crisis en la primera etapa del proceso de trasplante va más allá del apoyo emocional y la orientación para la búsqueda de soluciones. Las características del proceso y las personas que lo experimentan, requieren de un reordenamiento mental, emocional y social para hacerle frente y sobrellevar los cambios que implica este tratamiento, propósito que se pretende lograr con el siguiente modelo de intervención.

3.1 Objetivos de la intervención

- Contribuir con el enfrentamiento y superación de la crisis generada por el Proceso de Trasplante Renal.
- Movilizar y potencializar recursos personales y familiares.
- Propiciar la comprensión y aceptar del Proceso de Trasplante Renal y Donación.

3.2 Tipo de intervención en crisis

Dadas las características de la crisis que experimentan las personas candidatas a trasplante renal y sus fami-

lias, el modelo propuesto está planteado para intervenir a nivel familiar, es decir, con la persona que requiere el trasplante y sus familiares, esto implica que algunas sesiones puedan ser individuales, y otras, con varios miembros del grupo familiar, independientemente del grado de parentesco con la persona enferma.

3.3 Encuadre

El modelo de intervención en crisis con candidatos a trasplante renal y su familia puede aplicarse en cualquier centro hospitalario público o privado, en el que se atiendan a personas con insuficiencia renal crónica o terminal. El horario del abordaje, ya sea individual o familiar, será establecido por el centro hospitalario, de las características y necesidades de las personas que experimentan la crisis y de la disponibilidad de la persona terapeuta. Estas mismas condiciones aplican para la periodicidad de las intervenciones.

3.4 Metodología

El abordaje de la crisis experimentada por los candidatos a trasplante renal y sus familiares precisa de una intervención en crisis que requiere de cuatro semanas, aproximadamente. Este proceso está conformado por tres fases, las cuales son flexibles y dinámicas, es decir el orden de las fases y los ejes temáticos pueden variar o en algunos casos combinarse, ésto dependerá de las necesidades de las personas intervenidas.

El proceso metodológico propuesto se describe en los cuadros siguientes:

I Fase: Esclarecimiento del problema

| Ejes temáticos | Objetivos | Método | Materiales | Resultados esperados |
|--|--|--|---|---|
| <p>-Sentimientos y pensamientos con respecto al diagnóstico y al tratamiento médico.</p> <p>-Información general sobre el diagnóstico y el tratamiento.</p> <p>-Condición socioeconómica, recursos personales (responsabilidad y disposición) y familiares (apoyo emocional, material y posibles donadores).</p> | <p>-Identificar las reacciones subjetivas hacia el factor precipitante.</p> <p>-Corregir la percepción cognoscitiva sobre la situación.</p> <p>-Evaluar la condición emocional y social.</p> | <p>2 Sesiones: Sesiones con el o la paciente o junto con otros miembros del grupo familiar</p> | <p>-Folletos educativos e informativos sobre Trasplante Renal y Donación.</p> | <p>-Establecimiento de relación empática.</p> <p>-Expresión de sentimientos y pensamientos.</p> <p>-Corrección de ideas erróneas sobre la enfermedad y el trasplante renal.</p> <p>-Disminución de ansiedad.</p> <p>-Contención emocional.</p> <p>-Diagnóstico socioeconómico y familiar.</p> |

II Fase: Comprensión del problema y búsqueda de soluciones

| Ejes temáticos | Objetivos | Método | Materiales | Resultados |
|---|---|---|---|--|
| <p>A.</p> <p>-Programa de Trasplante Renal (objetivos, trayectoria, equipo interdisciplinario)</p> <p>-El sistema renal, manifestaciones físicas de la enfermedad, los tratamientos (diálisis peritoneal y hemo-diálisis), el trasplante y la donación</p> | <p>-Brindar información sobre el proceso de Trasplante Renal.</p> <p>-Incentivar el apoyo familiar.</p> <p>-Motivar la donación de órganos.</p> | <p>2 Sesiones: Sesión socioeducativa con toda la familia. Esta sesión se realiza interdisciplinariamente y con otras familias que también enfrentan el proceso.</p> | <p>-Video -Filminas -Folletos educativos e informativos sobre Trasplante Renal.</p> <p>-Reglamento del Seguro de Salud.</p> | <p>-Adquisición y asimilación de la información sobre el Proceso de Trasplante Renal.</p> <p>-Erradicación de mitos sobre el trasplante y la donación.</p> <p>-Comprensión y aceptación del diagnóstico y tratamiento.</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <p>-Crisis social situacional y sus manifestaciones económicas, laborales familiares, y cómo enfrentarlas</p> <p>-Recomendaciones dietéticas</p> <p>B. -Ventajas y limitaciones de los tratamientos.</p> <p>-Beneficios personales, familiares y sociales del trasplante.</p> <p>-Posibles donadores familiares.</p> <p>-Recursos materiales disponibles (seguro social, hospedaje, recursos económicos)</p> | <p>-Propiciar la organización de recursos emocionales y materiales.</p> <p>-Incentivar un estilo de vida saludable.</p> <p>-Organizar, clarificar y analizar la información obtenida.</p> <p>-Evaluar alternativas de solución.</p> <p>-Incentivar y orientar un plan de acción a corto plazo.</p> | <p>Sesión individual con el o la paciente o junto con otros miembros del grupo familiar</p> | <p>- Ley de donación y el trasplante de órganos</p> | <p>-Organización familiar de recursos emocionales y materiales.</p> <p>-Surgimiento de donadores voluntarios.</p> <p>-Toma de decisiones con respecto al tratamiento a seguir.</p> <p>-Aceptación del procedimiento quirúrgico.</p> <p>-Realización de acciones que facilitan el proceso de trasplante.</p> <p>-Modificación de situaciones adversas a nivel emocional, familiar, económico y laboral.</p> |
|---|--|---|---|--|

III Fase: Solución de la crisis

| Ejes temáticos | Objetivos | Método | Materiales | Resultados esperados |
|--|--|--|---|---|
| -Posibles donadores familiares. | -Examinar el progreso de las acciones realizadas. | 2 Sesiones: Sesiones con el o la paciente o junto con otros miembros del grupo familiar | -Folletos educativos e informativos sobre Trasplante Renal. | -Modificación de situaciones adversas a nivel emocional, familiar, económico y laboral. |
| Recursos materiales disponibles (seguro social, hospedaje, recursos económicos). | -Revisar problemas inconclusos y discutir las acciones futuras. | | -Reglamento del Seguro de Salud. | -Distribución y organización de responsabilidades entre todos los miembros del grupo familiar. |
| Fases clínicas del proceso de trasplante (control médico, diálisis o hemodiálisis, fistulas o catéter, tiempo aproximado). | -Brindar información y orientación acerca del proceso clínico a seguir. | | Directorio de recursos disponibles. | -Percepción positiva de la vida. -Responsabilidad, disposición y motivación para enfrentar y superar el proceso de Trasplante. |
| -Fases clínicas del proceso de donación. (protocolo de donación voluntaria) | -Coordinar con fuentes de ayuda externa. | | | -Elaboración de planes y metas futuras. |
| -Recursos institucionales o comunales de apoyo. | -Propiciar la expresión de sentimientos y pensamientos sobre el proceso vivido, expectativas y planes con respecto al proceso de trasplante. | | | -Enfrentamiento y superación positiva de la crisis.- |
| -Percepción actual del proceso de trasplante. | | | | |
| -Monitoreo y seguimiento social del proceso. | -Señalar los esfuerzos realizados y logros alcanzados a nivel personal y familiar. | | | |
| -Cierre de la intervención en crisis. | -Dar a conocer el plan terapéutico para fases posteriores. | | | |

3.5 Mecanismos de evaluación del proceso

La evaluación de la intervención en crisis en la primera parte del proceso de trasplante debe ser concurrente, es decir, evaluarse durante la intervención, ya que ésto permitirá organizar, hacer los ajustes y adaptar las acciones terapéuticas a las necesidades de la persona cliente y sus familiares.

La evaluación de la intervención en crisis con personas candidatas a trasplante renal y sus familiares consiste en comparar el cambio de actitudes, pensamientos y sentimientos de las personas involucradas, con los objetivos propuestos al inicio de la intervención. Esto permitirá definir el avance del proceso o la profundización y fortalecimiento de alguna área débil que podría constituirse en limitante para el enfrentamiento y superación positiva de la crisis.

Este proceso de evaluación exige a la persona terapeuta captar y percibir no solo los cambios positivos, sino también aquellas expresiones manifiestas o encubiertas que representen obstáculos para el cambio. Algunos de estos indicadores o factores de riesgo son:

- ❖ Negación de la enfermedad.
- ❖ Dificultades para la aceptación de la enfermedad, el tratamiento o la crisis. Incumplimiento del tratamiento médico y social.

- ❖ Insuficiente o inconsistente apoyo emocional y material por parte de familiares.
- ❖ Pasividad o indiferencia.
- ❖ Depresión, poco optimismo y desesperanza.
- ❖ Dificultad para interiorizar las consecuencias de la enfermedad.
- ❖ Persistencia de hábitos o costumbres insalubres.
- ❖ Persistencia de hábitos alimentarios inadecuados.
- ❖ Presencia de alcoholismo, agresión, drogadicción.
- ❖ Pobreza extrema.
- ❖ Desinformación y persistencia de mitos sobre la enfermedad, el trasplante y la donación de órganos.

Estos son solo algunos de los indicadores para evaluar si las acciones de la intervención en crisis están teniendo o no los efectos esperados, no son todos ni los únicos. La persona terapeuta debe, de acuerdo con las características de las personas, identificar indicadores de éxito que le permitan orientar su intervención. De ahí la importancia de evaluar durante todo el proceso terapéutico, ya que con ello se estaría dando un abordaje oportuno y eficiente a los aspectos internos o externos que podrían obstaculizar la superación positiva de la crisis.

BIBLIOGRAFIA

Baird, Susan y otros. (1991). Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer. Asociación Española contra el cáncer, España.

Casas, Gerardo. (1997). Teoría e intervención en crisis individual y familiar. Curso de Capacitación, Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.

Claramunt, M^oCecilia. (1999). Mujeres Maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Organización Panamericana de la salud. Serie Género y Salud Pública.

Chaves, Seidy. (1998). Mitos y realidades sobre el cáncer ginecológico. Revista de Trabajo Social. Ed. N^o53, Caja Costarricense del Seguro Social.

Gil, Eliana y Edwards, D. (1988). Breaking the cycle: assessment and treatment of child abuse and neglect. Association for advanced training in the Behavioral Sciences. USA.

Hoch, Paul. (1968). Psicoterapia Breve frente a psicoterapia prolongada. En Wolberg, Lewis: Psicoterapia Breve. Editorial Gredos, España.

Masserman, Jules. (1968). Raíces histórico-comparativas y experimentales de la psicoterapia breve. En Wolberg, Lewis: Psicoterapia Breve, 1968. Editorial Gredos, España.

Quesada, Lisbeth. (1991). Modulo educativo sobre la muerte y el duelo. Cuadernos de Gerontología N^o7, Caja Costarricense de Seguro Social.

Siegel y otros. (1990). Intervención en crisis por los profesionales de la salud. En: Slaikeu, Karl. Intervención en crisis. Manual para práctica de investigación. Editorial El Manual Moderno S.A, México.