

# ABORDAJE ECOSISTÉMICO DE LAS CRISIS

Alberto Espina. Psiquiatra.

*W. Astudillo et al. (Eds.) La familia en la terminalidad. 1999.  
San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.  
Págs. 193-216. ISBN: 84-930967-3-3.*

## 1. Introducción

Etimológicamente la palabra “crisis” viene del verbo griego *Krinein* que significa “decidir”. En chino la palabra equivalente a “crisis” es *wei-ji*, término que combina dos conceptos: peligro y oportunidad. Estas ideas de decisión, peligro y oportunidad reflejan muy bien lo que supone una crisis, pues lleva a una bifurcación y, según qué camino se tome, puede conducir hacia la enfermedad y el deterioro, o hacia un cambio positivo en la vida del sujeto.

La crisis puede ser vista de estas dos maneras: Como algo negativo que quiebra el equilibrio “sano” o como una oportunidad de crecimiento que surge en un momento de la historia del sistema. Estas dos visiones fueron confrontadas en el campo de la psiquiatría en los años sesenta cuando surgió la antipsiquiatría que, frente al modelo médico imperante según el cual la crisis psicótica era algo absolutamente negativo que había que neutralizar, propuso entender la crisis como un momento de ruptura existencial que había que desarrollar en un contexto adecuado para favorecer el crecimiento personal del sujeto.

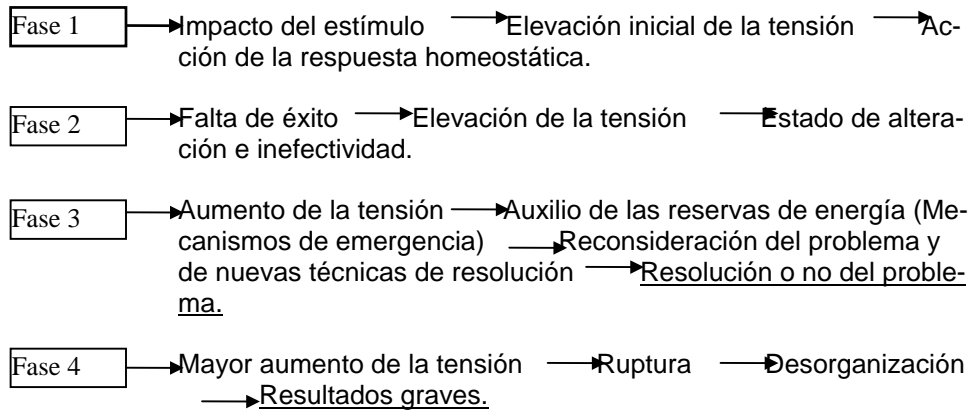
## 2. El proceso de la crisis.

En las crisis existe un aumento de la tensión debido a algo nuevo que aparece, generalmente una situación vital estresante que aporta:

- Información nueva: la cual no puede ser procesada adecuadamente con los recursos usados habitualmente, obligando a improvisar para intentar afrontar la nueva situación.
- Exceso de información: que nos inundan dificultando su procesamiento.

Puede darse una cosa o las dos juntas, por ejemplo, una muerte intempestiva, o una catástrofe natural. Antes esos sucesos impactantes aumenta la tensión y se empiezan a utilizar las respuestas comunes de solución de problemas que se usan normalmente. Pero si éstas no sirven ante esta situación cuantitativa y cualitativamente nueva (exceso y novedad de la información) surgen sentimientos de ineficacia e impotencia. La tensión sigue aumentando y si la situación continúa se produce desorganización con resultados graves (Caplan, 1964).

Cuadro 1-Fases en el desarrollo de la crisis



El impacto de la crisis produce en el sujeto una serie de reacciones que encadenan un proceso (Horowitz, 1976). En primer lugar aparecen reacciones de **llanto**, de descarga para intentar aliviar la tensión. De ahí se puede pasar a la **negación** con la que se intenta poner un dique a emociones y pensamientos para bloquear el impacto, o a la **intrusión** en la que la angustia, la preocupación y el dolor invaden al sujeto. La siguiente fase es la de **penetración** en la cual se comienza a asumir la experiencia, a poder pensar en lo que le está sucediendo, a identificar los sentimientos que provoca la experiencia traumática. Finalmente se llega a la fase de **integración** o resolución que implica integrar la crisis en la vida para formar parte de la historia del sujeto.

Un aspecto importante en la crisis es que el equilibrio se restaura en 4-6 semanas, lo cual no implica la resolución de la misma. Esas semanas son el período normal para lograr un equilibrio, porque el ser humano no aguanta un desequilibrio muy intenso y duradero. En esas 4-6 semanas se evalúa el impacto, el desequilibrio en el sistema y el tiempo que requiere volver al equilibrio, pero éste puede ser adecuado o no y aún en el primer caso, más tarde puede ser necesario un trabajo mucho más largo para resolver todo lo que ha provocado la crisis.

### 3. La perspectiva sistémica

Desde el punto de vista sistémico (Von Bertalanffy, 1968) y de la segunda cibernética (Maruyama, 1968), los sistemas que intercambian información con el medio tienen tendencias que llevan a la estabilidad (homeostasis) y al cambio (morfogénesis); antes de la aparición del estresor, ya sea vital o circunstancial, el sistema se encontraba en una situación de equilibrio homeostático. Pero de pronto, en un momento determinado de su historia, un estresor interno (momento evolutivo) y/o externo (acontecimientos vitales estresantes) introducen un exceso de información en el sistema y quiebran su equilibrio. Frente a ello, se ponen en marcha retroalimentaciones negativas para intentar neutralizar la información nueva y recuperar el equilibrio

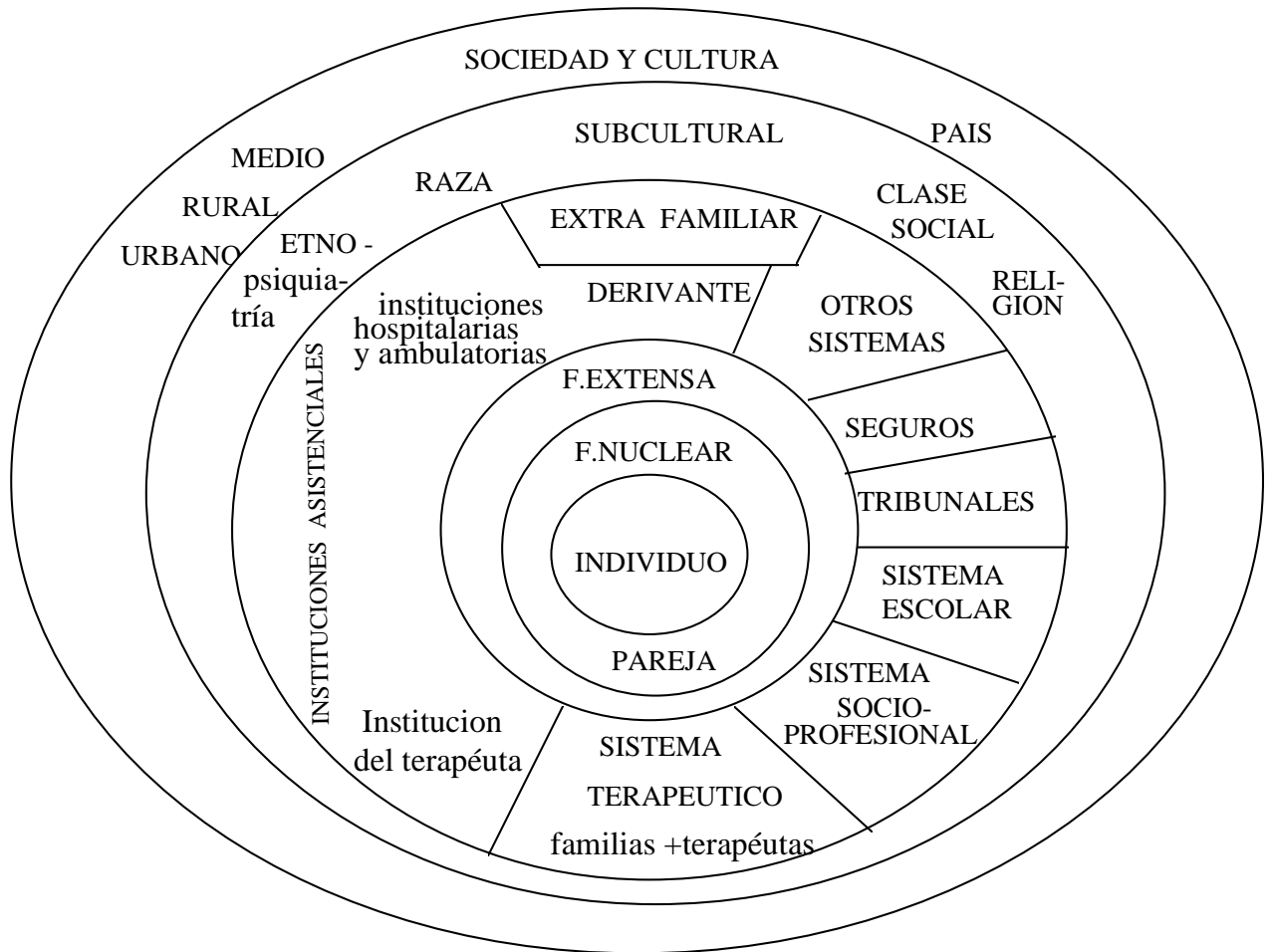
(homeostasis), pero si resultan ineficaces se activan retroalimentaciones positivas, la capacidad morfogenética, para buscar alternativas y poder adaptarse a esa nueva situación. Puede que esos mecanismos sean eficaces y se neutralice la crisis encontrando un nuevo equilibrio, en este caso la crisis ayudará al crecimiento y desarrollo del sistema. Pero si las propuestas de cambio no son eficaces, nos encontramos con que las soluciones intentadas de un modo anárquico y masivo van desorganizando cada vez más al sistema. El exceso de morfogénesis provoca lo que Maruyama (1968) llama la “Desviación de la Amplificación” que puede llevar al caos, pues de un sistema que estaba funcionando de un modo predecible en un medio controlado, se pasa a un sistema tensionado en el que cada vez se intentan más soluciones para resolver la situación problemática y esa hiperactividad impide la consecución de un mínimo equilibrio necesario.

Prigogine (1978, 1979) habla de la “termodinámica del no-equilibrio” según la cual los sistemas se organizan en un área de estabilidad o estado estacionario, en el cual sufren continuas oscilaciones o fluctuaciones que hacen que esté siempre en movimiento. Si estas fluctuaciones son amplias pueden llevar al sistema a una fase crítica llamada “bifurcación” a partir de la cual el sistema puede evolucionar hacia otros estados estacionarios imprevisibles. Este equilibrio dinámico entre retroalimentaciones positivas y negativas permite al sistema evolucionar, pues cada estadio estacionario no es idéntico a sí mismo y por ello se puede hablar de una “retroalimentación evolutiva”. Onnis (1990) destaca la similitud de la teoría de Prigogine con la de la crisis, especialmente con el concepto de “bifurcación” que puede llevar de una manera impredecible a modos de organización diferente. La dirección que adopte la crisis dependerá de: a) las características del sistema y de sus miembros, b) las reglas de funcionamiento del sistema y c) de los elementos del mundo exterior que debe afrontar en un momento dado. Según Onnis (1990) este modelo evolutivo restablece la dimensión temporal y sitúa a la crisis en un proceso histórico en el que el presente sirve para interpretar una evolución en la que el “antes” y el “después” están interrelacionados.

#### **4. El contexto ecológico**

Las crisis deben ser “leídas” en su contexto personal y social, para ello el estudio del ecosistema en el cual surge y se desarrolla es de capital importancia para hacer un evaluación que permita diseñar una intervención “cortada a la medida”. En la figura 1 se pueden ver los sistemas que componen el ecosistema mediados por el **factor tiempo**.

# ENFOQUE ECOLOGICO



## INDICACION TERAPEUTICA

- 1.- Localización del sistema-clave disfuncional y de los sistemas disfuncionales secundarios.
- 2.- Abordaje de todos los sistemas implicados.
- 3.- ¿ Está el sistema-clave bajo la influencia de otros sistemas contradictorios ?
- 4.- Red social de apoyo y Stress (Terapia de Redes).
- 5.- Prevención primaria (población y contexto de alto riesgo prevención de la salud).  
 Prevención secundaria (diagnóstico precoz-tratamiento rápido y eficaz).  
 Prevención terciaria (rehabilitación social).

Para cada sistema existen técnicas de evaluación pertenecientes a diferentes modelos teóricos y disciplinas. En la evaluación se debe localizar el sistema-clave disfuncional y los sistemas disfuncionales secundarios, observar si existen sistemas que inciden negativamente en el sistema-clave, el momento evolutivo, los factores estresantes y la red social de apoyo, todo lo cual permite el abordaje de los sistemas implicados estableciendo un orden de prioridades y una estrategia de intervención.

En el *individuo*, Slaikeu (1984), propone diferentes áreas a evaluar: **C**onductual, **A**fectiva, **S**omática, **I**nterpersonal y **C**ognitiva, todo lo cual constituye el *perfil Casic de la personalidad*. El estudio de estas áreas permite realizar una evaluación global de la persona que sirva de referencia para diseñar una intervención específica en la que no dejemos de lado ningún elemento sobre el cual intervenir y en el que apoyarnos. El individuo está inmerso en un contexto amplio en el que los diferentes sistemas que lo componen influyen y son influidos por él, de manera que en la evaluación exploraremos en detalle el ecosistema y las relaciones entre los diferentes sistemas. Se contactará de inmediato con la *familia nuclear* (padres, hermanos) y se estudiará su estructura (subsistemas conyugal, parental y fraterno, límites entre subsistemas etc.) y dinámica, para contextualizar la crisis y explorar los recursos y fuentes de estrés. Luego haremos lo mismo con la *familia extensa* y el contexto comunitario (Falicov, 1991; Pitman III, 1990; Camdesus, 1995).

Dentro del *contexto comunitario* el sistema socio-profesional y escolar pueden ser el sistema—clave disfuncional y directa o indirectamente debemos intervenir en ellos, otras veces pueden ser fuentes de apoyo o estrés. Por ejemplo un cambio de trabajo, escalafón, colegio, conflictos institucionales etc. El sistema jurídico está implicado en casos de divorcio, adopción, criminalidad... y la definición de la posición del terapeuta con sus objetivos debe ser prioritaria para evitar disparidad de criterios que atasquen la resolución de la crisis. Los seguros públicos o privados también pueden formar parte del contexto terapéutico; por ejemplo cuando el paciente está obteniendo una baja o pensión de invalidez por el trastorno que ha provocado la crisis y las ventajas que ello suponen se convierten en un freno a la resolución completa de la crisis. Las instituciones asistenciales pueden ser un punto de apoyo o generar más estrés, el derivante puede favorecer el cambio o por el contrario jugar un rol homeostático al estar atrapado en el juego familiar. (Selvini, 1980, 1985). Las instituciones hospitalarias o ambulatorias pueden colaborar en el tratamiento o producirse rivalidades que dificulten el cambio. Carl y Jurkovic (1983) hablan del “triángulo entre agencias” para referirse a situaciones triangulares que implican a una familia y a dos sistemas de servicios; este conflicto entre agencias surge después de que haya aparecido un conflicto entre una agencia y su cliente, de manera que la otra agencia sirve para diluir el estrés. En estos casos es frecuente que los terapeutas atribuya las dificultades a la familia en lugar de abordar el problema entre las agencias implicadas.

Respecto a la subcultura (clase social, religión, raza) y la cultura (medio, país) destacar que el terapeuta estará atento a los valores del sistema en el que interviene para respetarlos y acomodarse a ellos, evitando que sus propios valores distorsionen la percepción del contexto en el cual interviene.

## **5. Intervención en crisis**

Para realizar una intervención en crisis es útil tener presentes los diferentes niveles de prevención propuestos por Caplan (1964):

- Primaria: mejorar la calidad de vida, la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social.
- Secundaria: detectar el problema lo antes posible (intervención en crisis de primer y segundo orden).
- Terciaria: evitar que haya secuelas del trastorno o rehabilitar a la persona que las tenga (después de lograr el equilibrio habrá un tiempo de terapia para evitar que el hecho traumático marque a la persona).

**Tabla 2. Intervención en crisis en el ambiente (Slaikeu, 1984)**

	<b>Prevención primaria</b>	<b>Prevención secundaria</b>	<b>Prevención terciaria</b>
Objetivos	Reducir la incidencia de los trastornos mentales. Mejoramiento del crecimiento y desarrollo humanos a través del ciclo de la vida.	Reducir los efectos debilitantes de las crisis de la vida. Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.	Reparar el daño hecho por una crisis no resuelta. Tratamiento de los trastornos emocionales.
Técnicas/estrategia	Educación pública, cambios públicos, tensión ambiental. Instrucciones para habilidades en la resolución de problemas en niños.	<i>Intervención en crisis:</i> primera ayuda psicológica; terapia en crisis.	Psicoterapia a largo plazo. Reentrenamiento, medicación, rehabilitación.
Poblaciones blanco	Todos los seres humanos con atención especial a los grupos de alto riesgo	Víctimas de experiencias de crisis y sus familiares.	Pacientes psiquiátricos accidentales.
Duración	Antes de que los sucesos de crisis ocurran.	Inmediatamente después del suceso de crisis.	Años después del suceso de crisis.
Ayudantes/sistemas comunitarios	Gobierno (poderes legislativo, judicial, ejecutivo); escuelas, iglesias, medios de comunicación, sinagogas.	Profesionales al frente (abogados, clero, maestros, médicos, enfermeras, policías, etc...) Familias, sistemas sociales; psicoterapeutas y consejeros.	Profesionales de la salud y salud mental en hospitales y clínicas de consulta externa.

Dependiendo del modelo teórico que utilice el terapeuta la intervención variará notablemente. En el modelo médico la crisis se equipara a enfermedad y la restauración del equilibrio previo y el freno a la activación es el objetivo de la intervención. En este modelo el terapeuta desempeñará un rol de experto preocupado en síntomas descontextualizados y ahistóricos que hay que eliminar y utilizará fundamentalmente el control social, apoyado en el internamiento y la medicación psicótropa, con lo cual se consigue frenar la crisis, más que elaborarla, desaprovechando la oportunidad de crecimiento que entraña y favoreciendo la cronificación y recaídas.

El terapeuta sistémico piensa que la crisis se inscribe en un contexto y una historia e intentará identificar las variables que han provocado la crisis y las pautas que la mantienen, aplicando la causalidad circular según la cual cada uno influye a la vez que es influido por los demás y ayudará a dar un sentido a la crisis dentro de la historia del sujeto y su contexto. Desde esta perspectiva, basada en la segunda cibernética, ayudará a co-construir una

nueva realidad que permita la aparición de alternativas para que el sistema en crisis evolucione.

Existen varios modelos de intervención en crisis en diferentes contextos, Pitman III (1990) desarrolló un modelo para crisis familiares en el que se siguen 7 pasos: 1. *Respuesta de emergencia*: para reducir la tensión y centrarse en los cambios necesarios.

2. *Involucrar a la familia*: especialmente a todos los que deberían cambiar.
3. *Definir la crisis*: por qué se da en este momento, que cambio puede estarse evitando y que tipo de crisis es: de desarrollo, debida a un estresor circunstancial agudo (por ej. un perdida intempestiva), estructural (en un sistema que evita un cambio y que cíclicamente entra en crisis), o del cuidador (cuando el cuidador que evita el cambio no está disponible).
4. *Prescripción general*: en la que se intenta mitigar la sensación de urgencia para posibilitar el proceso de cambio.
5. *Prescripción específica*: esbozando los cambios que se suelen producir en la mayoría de los casos semejantes y prescribiendo tareas.
6. *Vencer resistencias al cambio*: estudiar qué se evita y a quién y en qué sentido perjudicaría el cambio.
7. *Terminación*: Evitar convertirse en un cuidador que cronifique la situación.

Slaikeu (1984) ha desarrollado un modelo muy elaborado y sumamente práctico para planificar e intervenir en situaciones de crisis teniendo en cuenta el contexto ecológico. Clasifica la intervención en crisis en dos tipos: de primer y segundo orden :

La *intervención de primer orden* es la **Primera Ayuda Psicológica**. Se debe realizar en el inicio de la crisis y no va a durar demasiado tiempo, de minutos a horas. La intervención la realizarán un conjunto de personas que no tienen formación como psicoterapeuta (padres, policía, clero, abogados, enfermeras, trabajadores sociales, etc...). Se efectúa en el medio comunitario y el objetivo es un restablecimiento inmediato del equilibrio para poder afrontar el problema, dando apoyo, reduciendo la mortalidad, conectando con recursos del ecosistema que puedan brindar ayuda, etc....

La *intervención de segundo orden* es una **Terapia Multimodal** de la crisis realizada por psicoterapeutas y dura semanas o meses; hacen falta seis semanas para la primera fase en la que se logra una situación de equilibrio y luego puede ser necesaria una terapia más prolongada para ayudar al sujeto a integrar la crisis en su vida y a partir de ahí abordar el futuro.

El realizar una intervención en la que sólo se intenta restablecer el equilibrio puede entrañar riesgos; por ejemplo, si a una persona que ha tenido una pérdida de un ser querido y está muy angustiada, con insomnio, ha dejado el trabajo y está postrada en casa, se la ingresa en una unidad de internamiento, al salir del hospital estará fuera de crisis. Pero si acaba la

intervención ahí, dando únicamente tratamiento farmacológico al alta, lo que se ha hecho ha sido frenar el impacto del acontecimiento vital estresante, en este caso la muerte de un ser querido, pero a esa persona lo que le ha afectado profundamente es una pérdida y ello requiere un trabajo de elaboración del duelo y si no puede realizarlo por sus propios medios se hace un cierre de la crisis en falso, lo cual puede producir secuelas a largo plazo. No es infrecuente que, en estos casos, una pérdida intrascendente provoque una crisis muy intensa debido a que esa pérdida activa otra anterior que permanecía dormida, sin elaborar. Por ello la intervención en crisis tiene que ser algo bastante más profundo y elaborado que conseguir la simple restauración del equilibrio, el objetivo último es que el impacto de la crisis sea elaborado, integrado en la vida y, a partir de ahí, planificar el futuro.

En resumen, los objetivos a alcanzar para la resolución de la crisis son:

- 1.- Supervivencia física en las consecuencias de las crisis
- 2.- Expresión de sentimientos relacionados con la crisis
- 3.- Dominio cognoscitivo de la experiencia completa
- 4.- Adaptaciones conductuales/interpersonales requeridas para la vida futura, integrando la experiencia de la crisis en su historia vital.

### **5.1. Intervención de Primer Orden.**

La primera ayuda psicológica consta de varios pasos

#### 1º. Hacer contacto psicológico :

- Establecer una *alianza terapéutica* (primer contacto psicológico) Aquí se van a sentar las bases para hacer una buena intervención de primera ayuda psicológica. Que la persona se sienta invitada a hablar, a mostrar afectos, el terapeuta debe hacer declaraciones de empatía: “Me hago cargo”, “sé lo que está Vd. pasando” y reflejar hechos y sentimientos. Es decir, que el paciente sepa que quien tiene delante no es un observador de conductas, una persona fría que analiza, sino un ser humano que recoge y acompaña emocionalmente.
- *Ofrecer contención emocional.* La persona se encuentra tan perdida, tan desbordada, que el hecho de que alguien le coja la mano, le hace sentirse contenida, cobijada. Se debe andar con cuidado para no invadir el espacio, la intimidad del otro, pero tampoco estar en una posición distante. La posición adecuada es sillón a sillón, estando muy atentos al lenguaje analógico para ver si necesita un contacto físico que le de seguridad. El terapeuta debe estar entrenado en la lectura del lenguaje analógico y en el manejo de su propio cuerpo para lograr una distancia óptima en la que el sujeto esté a gusto (Espina, 1986).
- *Proporcionar “control de calma”* a una situación intensa : que el terapeuta transmita una sensación de “Sé por dónde van las cosas, calma, esto se puede resolver”. Que sepa transmitir a la persona que está en crisis que él sabe controlar la situación. Con esa actitud se quita la sensación de urgencia, de que tiene que resolver todo el caos en el que vive él solo y en



poco tiempo. En una situación de crisis cuanto más intenta el sujeto aclarar y resolver todo, más morfogénesis induce y provoca más caos. Se activa más, se confunde y se desborda. Si en esta situación una persona le dice : “Calma, yo me encargo de lo que haga falta, puedo controlar la situación, vamos a charlar sobre lo que te está sucediendo” y le inspira confianza, podrá empezar a hablar de qué le pasa, pero sin la premura de estar activado para intentar buscar soluciones. Ya tiene a alguien que sabe lo que hace, se puede desahogar porque el timón lo lleva el terapeuta y éste se lo pasará al paciente en cuanto pueda dirigir su vida. Esta actitud directiva suele ser necesaria en muchos casos, pero debe ser muy breve y evitada en lo posible, pues el sujeto en crisis además de la contención emocional y normativa también necesita hacerse cargo de sí mismo y sentir que puede coger el timón de su vida.

Los objetivos de este primer contacto psicológico son que el paciente se sienta escuchado, comprendido, aceptado y apoyado, reducir la ansiedad y reactivar capacidades de solución de problemas.

### 2º. Examinar el problema.

a). Pasado inmediato: Explorar el acontecimiento vital estresante que desencadenó la crisis y el funcionamiento CASIC (la conducta, lo somático, lo afectivo, las relaciones interpersonales y lo cognitivo), viendo de qué manera ha afectado a la persona y al sistema.

b). Presente: CASIC, recursos internos, externos y riesgo de mortalidad.

c). Futuro inmediato, especialmente las decisiones inminentes a tomar.

### 3º. Examinar las soluciones posibles

En esta fase se favorece que la persona dé ideas de cómo afrontar el problema, lo cual tiene la ventaja de darle la posibilidad de poner las cartas sobre la mesa, para ir evaluando con el terapeuta los diferentes elementos y explorar las soluciones intentadas, alternativas, redefinir el problema etc.. el modelo MRI de terapia sistémica breve (Fish et al. 1982) ofrece una buena guía para explorar este apartado.

El sujeto, familia, pareja... está ahora en una posición muy diferente de cuando vino, aunque solo hayamos hecho una o dos sesiones. La ofuscación ya ha pasado y se puede ir analizando y preguntando alternativas y de esta manera darles el control de la situación. Muchas veces tienen inspiraciones súbitas y si la idea es buena, van a empezar a tener en seguida experiencias de éxito, “he tenido una buena idea, luego mi cabeza funciona, puedo ordenar la información, puedo planificar”.

Abordaremos los obstáculos y estudiaremos el contexto ecológico, analizando los sistemas disfuncionales, la relación entre los sistemas y, si vamos a buscar un objetivo, ver qué dificultades y posibilidades hay para alcanzarlo. Luego estableceremos un orden de objetivos primarios y secundarios.

#### 4º Acción concreta

En este punto se deben evaluar dos variables importantes: la mortalidad y la capacidad de la persona de actuar en su propio beneficio o no.

- Si la primera está baja y la segunda alta hay que actuar de forma facilitadora: nosotros vamos a escuchar, dar algún consejo, pero delegar la acción en la persona en crisis.
- Si la primera es alta y la segunda baja, el terapeuta debe ser directivo y la responsabilidad la asume inicialmente el terapeuta. Empezamos contactando con la familia, con servicios comunitarios, etc... y a partir de ahí organizaremos la intervención para bloquear el riesgo de mortalidad y ofrecer lo que el sujeto no es capaz de hacer por sí mismo; en este caso suelen ser necesarias intervenciones de control social para evitar la auto o heteroagresión.

#### 5º Seguimiento:

Se exploran los objetivos de la primera ayuda psicológica: Apoyo recibido, mortalidad reducida y enlace con recursos del ecosistema. Sirve para controlar si la intervención ha sido suficiente o no, y recomendar una psicoterapia del corte que sea para trabajar aspectos conflictivos que hayan quedado sin resolver después de la intervención en crisis.

### **5.2. Intervención de Segundo Orden..**

Se realiza un **terapia multimodal** (Lazarus, 1983) en la que se integran intervenciones de diferentes modelos de psicoterapia (sistémica, psicoanalítica, conductual, cognitiva, gestalt, bioenergética, psicodrama, etc.), dentro de un contexto de intervención breve, de 6 semanas aproximadamente, usando los recursos que nos hagan falta para solucionar problemas específicos en las diferentes áreas de la personalidad CASIC. Abordaremos multitud de problemas con técnicas variadas, por ejemplo ante un dolor de cabeza, se puede usar medicación, masajes, técnicas de relajación, sugestión, hipnosis, prescripción de síntoma, interpretaciones dinámicas, técnica de las sillas calientes, externalización etc.... es decir, multitud de recursos que permiten intervenir en diferentes niveles (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo) y la formación y el arte del terapeuta determinará qué técnicas y cuándo las utilizará para conseguir una remisión adecuada de la crisis posibilitando el desarrollo del sistema hacia un modo de funcionamiento más enriquecedor para todos los miembros que lo componen.

Si bien el modelo de intervención de Slaikeu es muy práctico y sirve de guía para no dejarse cosas sin valorar, muchas veces no hace falta seguir un procedimiento tan estructurado y pragmático. Simplemente con dar contención emocional y ayudar a resignificar la crisis co-construyendo una historia en la que ésta adquiera sentido dentro de la vida del sujeto, se resuelve. El terapeuta hará las veces de compañero de viaje hasta que los sujetos implicados en ella puedan viajar solos, aprovechando la oportunidad de crecimiento que entraña toda crisis.

## 6. Historia de una crisis.

Acude a consulta Isabel de 50 años, ama de casa, con su marido Antonio de 52 años, empleado en un banco. Ambos parecen preocupados y sobrepasados por el problema que les ha traído. Ella comenta que desde hace unos meses “estoy muy celosa de mi marido, todo el tiempo creo que se va con otras más jóvenes”. Le sigue al trabajo para espiarle, ha montado algún escándalo increpándole en el Banco, de noche le ataca cuando está dormido y a veces cuando llega a casa, acusándole de haber estado con mujeres. Isabel suele estar triste y deprimida y con oscilaciones en el estado de ánimo “a veces me pongo a llorar como una tonta, por cualquier tontería me deprimó o me pongo muy contenta, oscilo mucho”, “me obsesiono mucho por cualquier cosa, la llave del gas, los grifos, me levanto a ver si están cerrados, siempre dudo”, “estoy muy maniática con la casa, necesito todo muy ordenado y limpio; en casa me dicen que limpio sobre limpio, pero no puedo evitarlo. El piso es pequeño y me agobia, en la terraza tengo flores y me gusta cuidarlas, pero si veo a mi marido desde la terraza, ya pienso que está mirando a chicas”. Han ido a un psiquiatra que le ha diagnosticado una “psicopatía paranoide” le ha recetado neurolépticos y les ha dicho que si no cedía el cuadro habría que ingresarla, pero como la medicación le hacía sentirse peor la dejó.

Hablando a solas con el marido le explico la importancia de saber si hay base real o no en los celos, me responde que las sospechas de su mujer carecen de todo fundamento, parece sincero y preocupado por ella.

Tienen 5 hijos dos chicas de 24 y 18 años y 3 chicos de 22, 20 y 14 años. Cuando se casaron Isabel estaba embarazada de 6 meses y medio y dio a luz el día de la boda, el niño murió a las 25 horas. “Fue del disgusto por no venir mi madre a la boda, no quería que me casara con Antonio”. Al hablar de los hijos comenta “A todos los hijos les di el pecho dos años, he deseado tener otra hija, así no pensaría en estas cosas, mientras mis hijos eran pequeños era feliz”.

Explorando los antecedentes de la crisis, me comenta que hace unos meses se rompió un brazo en una caída, estuvo 10 días sin dormir y perdió 5 kilos “me sentía impotente”, a los 15 días se casaron dos hijos, el día 1 la mayor, el 9 el hijo de 22 años habiendo avisado con dos días de antelación y justo antes de irse a la mili “es músico, creía que tenía hijo para rato, era el que más me animaba si estaba deprimida, es con el que más apoyo encontraba”. El día 13 se fue voluntario a la mili otro hijo, la pequeña empezó a salir con amigas y ya no venía a la tarde a merendar, “me quedé muy sola, se quedó la casa vacía en pocos días, quería morirme, sentía que ya era vieja”. Al tiempo, el marido compró revistas “de mujeres” e Isabel comenzó a sentirse mal pensando que su marido prefería a jovencitas y se obsesionaba con que en la televisión salieran mujeres “enseñándolo todo”, “me obsesiona que mi marido esté con chicas jóvenes en el trabajo y si hacemos el amor con la luz apagada creo que piensa en chicas jóvenes”. El marido tomaba tranquilizantes y tenía disminuido el deseo sexual y “al verme deprimida, yo lo interpretaba como que era vieja y no me quería, hubo un desajuste muy grande pues yo quería vivir de

nuevo el noviazgo al haberse ido los hijos y el estaba impotente”. Últimamente está en la menopausia.

Hablando de su familia de origen comienza a hablar con vehemencia de su padre “me enseñaba a leer, cantar...tenía un padre muy cariñoso, estaba “chocho” conmigo, me decía que no me iba a casar, que no iba dejar que un chulo me llevara, mi madre decía que me pusiera en una urna de cristal”. Cuando Isabel tenía 7 años, durante la guerra civil, vinieron a por su padre, intentó escaparse descolgándose por una ventana, le dispararon, cayó rompiéndose las piernas y le acribillaron. La madre tiene 82 años, la describe como rara “me ha hecho sufrir mucho, es envidiosa, el gusta fastidiar, ha metido mucha cizaña entre los hermanos para dividirnos, son 5 hermanos, 3 varones y dos mujeres, tres hermanos nacidos antes que ella murieron.

Durante la entrevista se muestra colaboradora, se angustia y agita cuando habla de los celos, pero el rapport es bueno, así como su capacidad de razonamiento. Después de unas entrevistas diagnósticas con ella sola, con el marido solo y con los dos juntos, continué con sesiones con ella. Fuimos revisando su vida intentando co-construir una historia en la que la crisis adquiriera un sentido. Las pérdidas se hicieron presentes: su padre, la madre buena que no tuvo, los hermanos y el hijo muertos, los hijos que se fueron, su juventud, su regla... poco a poco fueron surgiendo conexiones, su brazo roto, las piernas rotas de su padre antes de ser asesinado, su pérdida y las de sus hijos, especialmente su hijo favorito con el que reproducía la relación con su padre, ese hijo que se fue con una chica joven... el intento fallido de reanudar el noviazgo.

Intentó arreglar su caos interno, limpiar la casa vacía, el agua se iba, el gas podía escaparse, la impotencia, la vejez, la muerte se hicieron presentes. La fractura trajo el recuerdo de otras fracturas, las pérdidas actuales, el de pérdidas pasadas.

Aparecen las jóvenes, bellas, llenas de vida... su marido se puede ir con ellas. ¿Pero, qué marido se ha ido con una joven? Su hijo favorito, pero en ese campo no se puede pelear, se quedaría sin hijo y sin nuera. Ahora es ella la excluida, la mala, como lo fue su madre... todo se derrumba, impotente, vieja, abandonada... en crisis. El poder construir una historia en la que todo adquiría un sentido le ayudó a reconstruir su vida, a entenderse y comprender a los demás.

La crisis cedió en 8 sesiones y el marido solicitó una entrevista conmigo, me comentó que Isabel estaba muy bien, que entendía muchos aspectos de su vida que antes no entendía y que a él también le gustaría aclarar algunas cosas suyas. Me cuenta que de recién casados él salía de noche con los amigos y ella estaba celosa. Una vez, después de haber salido con un amigo muy mujeriego habló en sueños y dijo: “Qué buena está la rubia”. Isabel pensó que se había acostado con otra, discutieron y se distanciaron. Ella se volcó en los hijos, él en el trabajo. Al cabo de los años, al irse los hijos reiniciaron la relación donde la habían dejado: en los celos y la exclusión.

Durante 2 meses vi a los dos por separado en sesiones quincenales, trabajando aspectos individuales y de pareja. Finalmente me pidieron venir los 2 a la vez y trabajamos su relación de pareja otros dos meses. Deseaban reiniciar su relación dando un sentido a su historia y pudieron vivir su segunda “luna de miel” confiando en su capacidad de desarrollo.

En resumen, la intervención ecosistémica en las crisis parte del estudio del contexto en el cual se genera, teniendo en cuenta que toda crisis es una oportunidad de crecimiento para el sistema que la padece y que los que realizan la intervención actuarán como facilitadores de un proceso que puede llevar a un modo de funcionamiento más evolucionado, sin olvidar la contención social que puede ser necesaria puntualmente para mantener la supervivencia física.

## GLOSARIO

*Acontecimientos vitales estresantes:* son las circunstancias de la vida que provocan un impacto en el sistema y obligan a una reacomodación. Por ejemplo, nacimientos, muertes, migraciones, cambios de trabajo etc..

*Apoyo social:* Según Lin y Ensel (1989) es el proceso por el cual los recursos en la estructura social (comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer necesidades en situaciones cotidianas y de crisis.

*Contexto ecológico:* el contexto es el marco en el que la conducta y los mensajes se hacen significativos y el ecosistema permite estudiar las relaciones interdependientes dentro de un conjunto de sistemas. Desde esta perspectiva las relaciones se entienden dentro de un contexto relacional amplio que se rige por unas reglas específicas.

*Crisis:* situaciones vitales que implican una gran desorganización emocional y cognitiva y ante las que las estrategias previas de afrontamiento se muestran insuficientes. Suele ser limitada en el tiempo y puede conducir al deterioro o aun funcionamiento más elevado. Su resolución depende del estresor que la provoca, los recursos individuales y sociales.

*Homeostasis:* En la Teoría General de los Sistemas, tendencia del sistema al no cambio mediante el uso de retroalimentaciones negativas que neutralizan al información nueva.

*Intervención en crisis:* estrategia para abordar las crisis y favorecer un desarrollo adecuado de la misma, incluirá el uso de los recursos sociales del ecosistema (primera ayuda psicológica) e intervenciones psicoterapéuticas (terapia multimodal).

*Morfogénesis:* Tendencia de los sistemas al cambio mediante retroalimentaciones positivas que amplifican la desviación ante informaciones nuevas que llegan al mismo.

*Teoría General de los sistemas:* Hace referencia los sistemas que intercambian información con el medio, los cuales poseen un serie de características: Totalidad (el sistema es diferente a la sumas de sus partes), están compuestos por subsistemas, poseen tendencias al cambio (morfogénesis) y a la estabilidad (homeostasis), lo importante es cómo el sistema procesa la información (equifinalidad) y los cambios se producen escalonadamente realizando equilibramientos secuenciales.

*Terapia multimodal:* intervención psicoterapéutica breve en la que se integran técnicas de diferentes modelos teóricos (interpretaciones dinámicas, técnicas de relajación, psicodramáticas, gestálticas, conductuales, cognitivas).

### **PUBLICACIONES CLAVE**

Caplan, G. (1967). *Psiquiatría preventiva*. Buenos Aires. Paidós.

Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona. Paidós.

Lazarus, A. (1983). *Terapia multimodal*. Buenos Aires. IPPEN.

Pitman III, F.S. (1990). *Momentos decisivos*. Buenos Aires. Paidós.

Slaikeu, K.A. (1984). *Intervención en crisis*. México. Manual Moderno.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Camdesus, B. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona. Paidós.

Caplan, G. (1967). *Psiquiatría preventiva*. Buenos Aires. Paidós.

Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona. Paidós.

Carl, D. y Jurkovic, G. J. (1983). Triángulos entre agencias: problemas de las relaciones agencia-familia. *Family Process*, 22, 441-451.

Espina, A. (1986). La familia como continente y la intervención en crisis. *Clínica y Análisis grupal*. 40,179-195.

Falicov, C. (1991). *Transiciones en la familia*. Buenos Aires. Amorrortu.

Fish, R, Weakland, J.H. y Segal L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona. Herder.

Horowitz, M.J. (1976). Diagnosis and treatment of stress response syndromes: general principles. En. H.J. Parad, H.L.P. Resnik y L.G. Parad (Eds.) Emergency and disaster management: A mental health sourcebook. Bowie, Md. The Charles Press Publishers.

Lazarus, A. (1983). Terapia multimodal. Buenos Aires. IPPEN.

Maruyama, M. (1968). The second cybernetics: Deviation amplifying mutual causal process. In H. Buckley (Ed.) Modern systems research for behavioral scientist. Aldine. Chicago.

Onnis, L. (1990). A systemic overview on the crisis concept. Journal of Strategic and Systemic Therapies, 9 (2), 43-54.

Pitman III, F.S. (1990). Momentos decisivos. Buenos Aires. Paidós.

Prigogine, I. (1978). Time, structure and fluctuations. Science, 201.

Prigogine, I. y Stengers, I. (1979). La nouvelle alliance. París. Gallimard.

Selvini, M. (1980). The problem of the referring person. Journal of Marital and Family Therapy, 6,3-9.

Selvini, M. (1985). The problem of the sibling as the referring person. Journal of Marital and Family Therapy, 6,3-9.

Slaikeu, K.A. (1984). Intervención en crisis. México. Manual Moderno.

Von Bertalanffy, L. (1968) Teoría General de los Sistemas. México. F.C.E.