

MASTER EN TERAPIA PARA ADULTOS DEL GRUPO LURIA 2009/2010

# MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

---

## EN BUSCA DE LA RESILIENCIA PERSONAL

LOURDES M<sup>a</sup> FERNÁNDEZ MÁRQUEZ

Junio/2010



## INDICE

1 -	Introducción .....	3
2 -	Crisis .....	5
2.1	Definición .....	5
2.2	Proceso Vital ante el Evento Traumático .....	5
2.3	Tipos de Crisis .....	6
2.4	Reacciones Habituales .....	7
2.5	Fases de Reacción .....	8
2.6	Factores y Variables .....	9
2.7	Bases Biológicas del Estrés .....	10
2.8	Prevalencia .....	10
3 -	Resiliencia .....	12
3.1	Concepto de Resiliencia .....	12
3.2	Características de la Resiliencia .....	13
3.3	La Personalidad Resiliente .....	14
3.4	Factores protectores y favorecedores de la resiliencia .....	15
3.5	Factores perjudiciales o no resilientes (vulnerabilidad) .....	15
3.6	Cualidades de las personas resilientes .....	16
4 -	Proceso de Intervención en Crisis.....	17
•	Intervención en 1ra instancia: Primeros Auxilios Psicológicos .....	17
•	Intervención en 2da. Instancia (aplicable en consulta) .....	17
4.1	2da. Intervención: Apoyo Psicológico o Terapia de Crisis .....	18
4.2	Indicación de la Intervención en Crisis .....	18
4.3	Modelos de Intervención. ....	20
5 -	Propuesta de Modelo de Intervención en Crisis .....	23
5.1	Idoneidad de la Intervención .....	23
5.2	Evaluación y Formulación de Hipótesis .....	23
5.2.1	Narración del Suceso .....	25
5.2.2	Situación actual (Anamnesis y Traumatización) .....	26
5.2.3	Valoración .....	28
5.3	Plan de Tratamiento .....	31
5.4	Evaluación Final .....	32
5.5	Crisis Patologizadas .....	33
5.6	Pautas y tareas .....	33
	Anexo1 Caso práctico .....	34
	Anexo 2 DSM-IV: Trastorno de Estrés Agudo y TEPT .....	38
	Anexo 3 Técnica de relajación y meditación: Tratak .....	40
6 -	Bibliografía .....	41

## 1- INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida se producen crisis que interrumpen de forma brusca el curso normal de nuestra propia historia. Estas pueden ser de tipo evolutivo, las cuales son previsibles, consustanciales al paso del tiempo y a la consecución de etapas vitales, o bien circunstanciales o accidentales, sobrevenidas e inesperadas. Tienen en común que interrumpen nuestra trayectoria vital generando cambios en nuestro equilibrio emocional.

Del modo en que superemos estas crisis dependerá el restablecimiento saludable de dicho equilibrio emocional y continuemos con una vida satisfactoria o por el contrario, se produzca un deterioro que haga que no avancemos y nos quedemos estancados en este momento de la vida y que a partir de aquí nuestra vida gire en torno a este suceso sin conseguir progresar.

Erick Erikson propuso que el concepto de la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo. De manera que, a la vez que la crisis representa un riesgo, también implica una oportunidad. Así, con este tipo de experiencias, como poco habremos conseguido incorporar a nuestro bagaje nuevos repertorios de afrontamiento y de autoconocimiento personal.

Diversos factores van a influir en como vivamos las situaciones críticas y como las incorporemos en nuestra vida para continuarla de la forma más satisfactoria posible.

Variables personales, familiares, sociales, del propio hecho en sí mismo y sus consecuencias ejercerán su influencia para determinar las reacciones que se produzcan ante la crisis y su recuperación.

En estas circunstancias, además de factores personales de resiliencia, el apoyo social como interpersonal que percibamos será fundamental en nuestra recuperación.

Hasta hace unos años, las personas recurrían a la sociedad en busca de este apoyo: a personas de edad, de autoridad (sacerdotes, maestros, etc.), la familia extensa y otros. Personas que bien por su experiencia, sus conocimientos, el respeto y autoridad que se les conferían, actuaban de pilares de seguridad y apoyo en los momentos difíciles.

Actualmente nuestro modo de vida ha hecho que estas figuras vayan desapareciendo (familias nucleares o geográficamente dispersas) o haya una menor vinculación con las figuras de autoridad. Ya son personas lejanas a las que no es posible recurrir: “Cada vez somos más y en cambio estamos cada vez más solos”.

Por ello se hace necesaria la intervención de profesionales de la salud mental, para que proporcione el soporte de ayuda que se demanda en este tipo de circunstancias de la vida: decisiones importantes, educación de los hijos, crisis vitales...

Este mismo estilo de vida hace que, cada vez más, lo que se busca sean programas de intervención breves y rápidas, que permitan retomar cuanto antes el curso normal de nuestra vida, pues la sociedad actual no “espera” por los rezagados.

Siguiendo los planteamientos de la Intervención en crisis de Slaikeu, el cual propuso como modelo de intervención la Terapia Multimodal de Lazarus, se han desarrollado modelos de intervención con las características de ser breves y rápidos, desarrollados en trabajos como los de Lindeman y Caplan, y posteriormente ampliados y modificados por L. Rappaport siguiendo procedimientos de evaluación como el CASIC o el programa BASIC-Ph (Mooli Lahad).

Se tratan, de terapias breves, cuyo objetivo es dar apoyo ayudando a la persona a recuperar el equilibrio necesario para seguir su trayectoria vital con una calidad de vida similar o incluso superior a la que disfrutaba anteriormente.

**“La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente, que puede tomar de 1 a 6 semanas “(Caplan, 1964).**

En este trabajo intentaré plantear una propuesta de intervención breve para situaciones de crisis accidentales de segunda instancia, es decir, en consulta. Esto es, no en los primeros momentos en donde se realizarían los primeros auxilios psicológicos in situ o a escasas horas, sino pasados esos primeros días donde la persona empieza a notar un malestar psicológico que le produce ciertas reacciones en las que no se reconoce y busca la ayuda de un profesional de la psicología.

## 2. CRISIS

### 2.1 Definición

Una crisis 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”**. (Slaikou, 1988)

“Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual” (Benveniste, 2000).

En chino le dan un doble significado al término “Crisis” siendo al mismo tiempo peligro y oportunidad.

“Evento traumático que produce una disrupción en el curso normal de nuestra vida y que nos provoca una reacción de estrés percibida como de intensidad excepcional”.

“Cuando no es posible resistirse ni escapar el sistema de autodefensa humano se siente sobrepasado y desorganizado y los recursos habituales de afrontamiento resultan insuficientes”.

“Período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental cuyo desenlace depende entre otras cosas, de la forma en que se maneje la situación.” (Caplan, 1964)

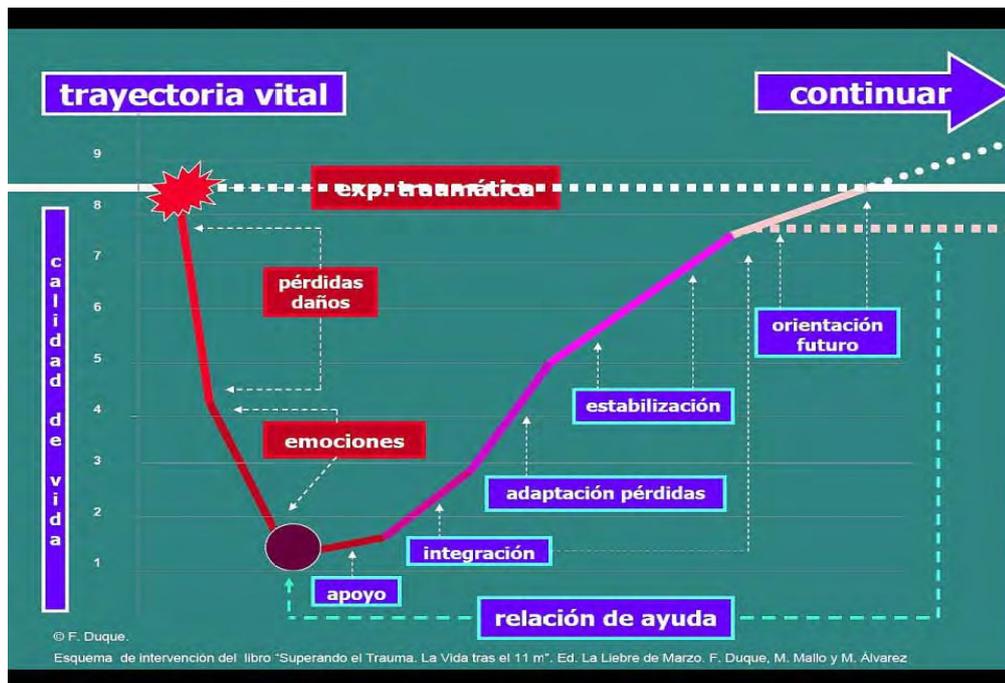
Du Ranquet la define como: "estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentra ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios".

Personas que en circunstancias normales se comportan de forma eficaz, en situaciones excepcionales, buscan en su repertorio de aprendizajes y experiencias anteriores situaciones semejantes que les pueda servir de guía para afrontar la nueva situación. Pero ésta rebasa, tanto en intensidad como episódica, toda experiencia conocida. Por lo que únicamente les queda la biología, sus creencias y estilo personal para afrontarlo, pero **les faltan la parte de procedimiento cognitivo, las experiencias que lo integren con las emociones**.

### 2.2 Proceso Vital ante la Situación Crítica

La persona está siguiendo una trayectoria vital, en donde se van sucediendo situaciones cambiantes más o menos placenteras o estresantes pero en la que se siente en equilibrio, con la capacidad y los recursos suficientes para manejarlas. Existe un funcionamiento razonablemente satisfactorio, con un determinado nivel de calidad de vida.

Inesperadamente se produce una quiebra brusca en esta trayectoria, en donde este equilibrio se pierde. Hay una serie de pérdidas o daños percibidos que hacen que la calidad de vida descienda bruscamente, mayor aun por las emociones que generan. Los recursos habituales de afrontamiento en situaciones difíciles no son aplicables o no producen el resultado esperado. Se interrumpe el normal discurrir de la vida y se perturba el patrón de vida previo.



Duque, F. Mallo, M. Álvarez, M. (2007) Superando el trauma. La vida tras el 11-M. Madrid: La Liebre de Marzo.

### 2.3 Tipos de Crisis

Las crisis pueden ser del desarrollo o evolutivas (esperables) o circunstanciales (accidentales inesperadas o imprevisibles). (Erikson, E. 1959)

#### Crisis del desarrollo:

Las 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.

- 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

#### Crisis Circunstanciales:

Las 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):

- Separación
- Pérdidas
- Muerte
- Enfermedades corporales
- Desempleo
- Trabajo nuevo
- Fracaso económico
- Violaciones

- Incendios
- Accidentes
- Otros.

Es desde el punto de vista de ver las crisis como un periodo de transición entre etapas de la vida como se entiende la intervención en crisis, pues es en estos momentos y según la forma en que se organice el comportamiento, cuando la crisis puede representar una oportunidad para el desarrollo personal o un momento crítico de vulnerabilidad para el trastorno mental.

“Las estrategias de resignación son más fáciles de establecer cuando son desastres naturales o accidentes de tráfico, pero cuando es una acción humana es más grave, porque generan odio y rechazo y las terapias a aplicar son más complejas” (Echeburúa, E.).

## 2.4 Reacciones Habituales

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.

Un evento traumático produce cambios en nuestro mundo, tanto en el externo como en nuestro mundo interno:

- El mundo externo cambiará y será percibido como extraño, sin significado, sin sentido, amenazante, incierto, confuso y hasta violento.
- En nuestro mundo interno se modificará nuestro modo subjetivo de percibir las cosas. No se articulará bien el proceso de percepción, identificación y memoria.

Los recursos habituales se muestran insuficientes para manejar los datos que aporta la nueva situación. Aparecen factores desestabilizadores. Todo se torna nuevo y desconocido y lo mismo respecto a nosotros mismos o nuestras sensaciones, que no reconocemos.

Los presupuestos básicos que hasta ahora habían servido para vivir en equilibrio y seguridad han de ser revisados. Se generan sentimientos de indefensión y desconfianza por la magnitud de las pérdidas sufridas.

La consecuencia será una reacción de estrés al evento que se interpreta como amenazador y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta. Variables genéticas, de salud y personalidad, las características del evento y traumas adicionales van a influenciar las reacciones de la víctima. La presencia de factores estresantes y traumáticos puede iniciar, modificar y continuar el progreso de un síndrome biológico que depende de variables que tiene influencia bidireccional.

Cuando la conducta usual de la persona se modifica como consecuencia de experiencias estresantes, esta se manifiesta como cambios en pensamientos, emociones y respuesta. Estos cambios de conducta se pueden interpretar como indicio de que las funciones biológicas están alteradas en la persona que está sufriendo por el cambio repentino en su vida debido al efecto del desastre sobre su persona y el entorno familiar.

Los signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis se producen en las áreas emocionales, cognitivo, fisiológico y de conducta, reflejados en el siguiente cuadro. Las personas, tras una situación crítica, presentaran algunos de estos síntomas en mayor o menor medida.

Emocionales	Cognitivos	Comportamentales	Fisiológicos
Ansiedad anticipatoria	Culpabilización	Hiper o hipoactividad	Hipersudoración
Ansiedad generalizada	Preocupación	Trastornos del habla	Palpitaciones
Reacciones de pánico	Bloqueo mental	(verborrea, mutismo)	Taquicardia
Shock	Sensación de pérdida de control	Inhibición	Hiperventilación
Miedo	Negación	Desconfianza	Opresión torácica
Sentimientos de culpa	Amnesia	Trastornos de la alimentación	Tensión muscular
Enfado	Confusión	Abuso en la ingesta de tóxicos (alcohol, drogas)	Cefalea
Rabia	Ideación autolítica	Alteraciones del sueño	Midriasis
Irritación	Sensación de impotencia	Fatiga	Sensación de ahogo
Hostilidad abdominal	Dificultades de atención	Agresividad	Mareos
Rencor	Dificultades de concentración	Actos antisociales	Nauseas, malestar
Tristeza	Dificultades en la toma de decisiones	Hipocondriasis	Parestesias
Depresión	Alteraciones de la alerta	Cambio o pérdida de rol social	Escalofríos y temblores
Aflicción	Desorientación tiempo-espac.	Lloros	
Desesperación	Alteraciones de la conciencia	Gritos	
	Sensación de extrañeza o irrealidad	Aislamiento	

Signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis (Mitchell, 1986)

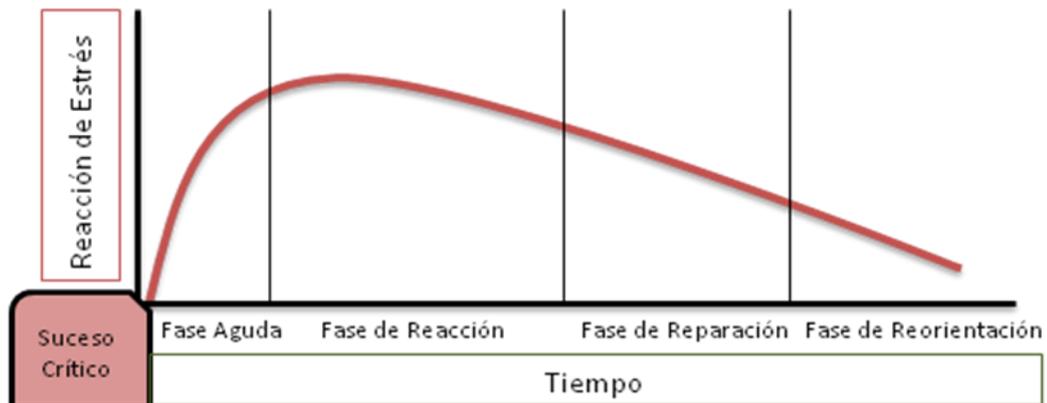
Siempre habrá que tener en cuenta que según el grupo de población las manifestaciones al trauma pueden ser diferentes y por eso las intervenciones de ayuda difieren. Entre estas poblaciones están los niños, adultos mayores, discapacitados, enfermos mentales y enfermos crónicos.

## 2.5 Fases de Reacción

Las reacciones habituales ante el estrés suelen pasar por cuatro fases: Fase aguda, Fase de reacción, Fase de reparación. Fase de reorientación.

- Fase aguda: Pasados los primeros momentos. Se producen estados afectivos intensos. Respuestas emocionales manifiestas: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad. En ocasiones esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación esfínteres, respuestas agresivas. Alteración relaciones interpersonales. Pueden producirse diferentes respuestas según sexos.
- 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, dejando a las personas debilitadas. Ánimo triste y lábil. Las reacciones características son: Temor a regresar al evento. Sueños o pesadillas. Ansiedad. Tensión muscular. Aumento de la irritabilidad.

- 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: Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente. Es importante evaluar las necesidades actuales.



Para que la nueva experiencia pueda ser incorporada a la memoria es necesario captarla, entenderla e integrarla, aunque siempre se haga desde la propia subjetividad.

Para ello se recurre al bagaje personal, a nuestros recursos de afrontamiento que se habrán ido forjando a lo largo de nuestra vida y desde nuestro estilo personal: experiencias, aprendizajes, éxitos o fracasos, afrontamientos previos de situaciones desbordantes, etc.

## 2.6 Factores y Variables

Las reacciones ante el estrés dependerán de muchos factores:

La naturaleza del estresor, la intensidad percibida, el momento de aparición, la duración de los síntomas, el grado de exposición, edad, experiencia, personalidad y consecuencias.

La forma de afrontar una crisis dependerá de una serie de variables: personales, de la situación y las consecuencias provocadas por el evento:

Variables personales antecedentes: Biología, edad, sexo, grupo étnico, estilo personal, nivel socioeconómico, historia de aprendizaje, creencias, experiencias previas, situación personal, estilo de vida, momento vital en que sucede, sensación subjetiva de capacidad de afrontamiento, patologías previas, disponibilidad y educación de las redes de apoyo social.

Variables de la situación: El tipo de evento, origen, magnitud, grado de exposición, recursos de ayuda disponibles, otros.

Consecuencias: Consecuencias personales, significado de las pérdidas experimentadas, intensidad de los síntomas provocados, importancia subjetiva, estresores posteriores.

## 2.7 Bases Biológicas de la Respuesta de Estrés

Los factores estresantes son estímulos intensos que imparten energía y excitan al sistema nervioso central, desarrollando reacciones psicofisiológicas particulares de los sistemas programados para sobrevivir.

La respuesta al estrés activa el sistema autonómico y el eje hipotálamo-hipófisoadrenal y la conducta de “lucha o escape” es la conducta observable ante una situación peligrosa. El organismo depende de estos mecanismos biológicos para sobrevivir, pero si existen funciones de estos mecanismos inadecuados o excesivos pueden aparecer respuestas ineficientes o desajustadas.

El cerebro es el centro que controla la interpretación de los estímulos estresantes, al mismo tiempo que responde y organiza reacciones fisiológicas y de conducta. Tiene la capacidad plástica de remodelar dendritas que cambian los sentimientos y conducta, dependiendo de los estímulos en el ambiente.

El cerebro a su vez, es víctima de los sistemas fisiológicos del estrés, al igual que otros sistemas del organismo –cardiovascular, inmunológico. Las hormonas del estrés median reacciones adaptativas o mal adaptativas. El sistema hipotálamo-hipófisoadrenal, el sistema autonómico y los neurotransmisores que median los cambios fisiológicos de estrés sobre el cuerpo, tienen efectos protectores, efectivos y reversibles a corto tiempo, pero pueden acelerar reacciones patológicas cuando se produce un incremento o éste no se discontinúa, afectando la excitabilidad neuronal y la estructura plástica cerebral que es reversible.

El sistema de la respuesta al estrés es un sistema genético fundamental que responde a las necesidades de la supervivencia del individuo y activa el despertar y la respuesta al estímulo físico y psicosocial del exterior y a los signos internalizados de peligro. Los sistemas de la memoria están implicados de manera intrincada para asistir este proceso. El sistema cognitivo y afectivo responden y las funciones de identificación/evaluación ante el peligro se enfocan en la supervivencia.

## 2.8 Prevalencia

La proporción de personas que reaccionaran de una u otra manera en los momentos de crisis, según Robles y Medina será como sigue:

“Las Crisis en el Estado Psicológico” (Robles y Medina, 2002)

REACCIONES ESPERABLES	%
CONDUCTA ADAPTATIVA Reacciones de calma, protección y auxilio.	12 a 20%
CONDUCTA DE TENDENCIA INDEFINIDA Inseguridad, indecisión, responderá a la presión del ambiente.	50 a 60%
CONDUCTA DESADAPTADA Reacciones emocionales intensas: oposición/negación Agitación <----->Inhibición o estupor	20 a 25%

Según esto vemos que hasta un 20 % reaccionaran de una forma adaptativa, con recursos de afrontamiento suficientes para hacer frente a la intensidad de la situación y actuarán de la forma más adecuada con el menor malestar posible.

Otro 20 o 25% lo harán de una forma muy desajustada.

Pero existe una gran mayoría, de entre un 50 o 60 %, cuya conducta dependerá de una serie de variables que harán que consigan salir “airosos” de la situación e incluso fortalecidos o por el contrario no consigan sobreponerse apareciendo diversas patologías.

### 3. RESILIENCIA

#### 3.1 El Concepto de Resiliencia

El concepto proviene de la física y se refiere a la resistencia y maleabilidad de los materiales y su capacidad de recuperación.

El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. También se dice que es una castellanización de la palabra inglesa resilience o resiliency.

Se aplica por primera vez al campo de las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. (Rutter, 1993).

El trabajo que dio origen a este nuevo concepto fue el de E. E. Werner (1982), quien estudio durante 30 años a 698 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai y que pasaron grandes penurias a lo largo de su desarrollo. Muchos presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales, tal y como, desde el punto de vista de los factores de riesgo, se esperaba. Pero ocurrió que muchos lograron un desarrollo sano y positivo: estos sujetos fueron definidos como resilientes.

“Si se logra conocer aquello que permitió a las personas protegerse del desarrollo de patología, se podrán desarrollar medios para mejorar la resistencia de las personas frente al estrés y la adversidad (Rutter, 1993)

Desde hace algunos años ha comenzado a estudiarse y manejarse el concepto de **resiliencia** como aquella cualidad de las personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida.

Diversos autores la definen como:

- La capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.
- El concepto de resiliencia en los seres humanos es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Grotberg, 1996).
- El resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir. (Bowlby, 1992).
- Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).
- Desde la perspectiva ecológica, la resiliencia se basa en la idea de un sistema en equilibrio estable cuyo comportamiento es previsible, y en esta acepción, la resiliencia es equivale a la noción de estabilidad de un sistema, alrededor de un punto de equilibrio (Holling, 1996).
- Desde los modelos orientados a la salud y no hacia la enfermedad se entiende al individuo como un sujeto activo y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de la vivencia de adversidades. (modelo economicista de Brofenbrenner).

- La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida (Suárez Ojeda, 1995).
- (Rutter, 1992), (Osborn, 1993), Milgran y Palti (1993), (Vanistendael, 1994), (Aracena, Castillo y Román). Domínguez, (2005), (Lösel, Blieneser y Kofler, 1989). y otros muchos autores tienen su definición para la resiliencia según el ángulo de estudio que están desarrollando, pero todas basadas en el mismo concepto básico de resistir, adaptarse y rehacerse.

### 3.2 Características de la Resiliencia

¿La resiliencia es algo natural de la persona o se adquiere con la educación?

¿Tiene que ver con la persona o más bien con la situación?

¿Se tiene una capacidad estable y persistente o varía a través del tiempo y/o las circunstancias?

Los primeros investigadores consideraban los factores de riesgo y los factores protectores de las personas como algo estable, e innato. Los Factores de riesgo son ciertas condiciones estresantes en sí mismas y las personas resilientes los son de forma innata y de forma estable. Rutter y Grotberg entre otros investigadores de los años 90 no creen que estos factores formen esquemas fijos e inamovibles. En sus estudios constatan que la distinción que se establece entre factores promotores y factores de riesgo es muy permeable. Es una cualidad que puede ser desarrollada a lo largo del ciclo de la vida. Y que puede variar a lo largo de la misma según las circunstancias.

La resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas.

Es un proceso, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y su proceso vital. La resiliencia nunca es absoluta, total y para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma siempre puede superar los recursos del sujeto.

La resiliencia es fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno.

No es un “atributo” con el que los niños nacen, ni una “capacidad adquirida” en el desarrollo, sino que es un proceso “interactivo” individuo < > medio.

“La resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen. Conlleva conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Se trata de una nueva mirada de la manera en que los diferentes seres humanos afrontan posibles causas de estrés: malas condiciones y vejaciones en la familia, reclusión en campos de prisioneros, situaciones de crisis como las causadas por viudez o el divorcio, las grandes pérdidas económicas o de cualquier otra índole”. (García, Rodríguez y Zamora).

El grado de resistencia es relativo, no es estable en el tiempo y varía de acuerdo a la etapa del desarrollo de los niños y de acuerdo a las circunstancias. (Rutter 1985).

“La cultura de la persona puede influir en la forma como comunica sus sentimientos y se enfrenta a las adversidades, por lo que la expresión de la resiliencia variará también según la cultura.” (Medina Amor, J.L.)

### 3.3 La personalidad resiliente

#### **“Soy el amo de mi destino: soy el capitán de mi alma”**

*(poema de William Ernest Henley e inspiración de Nelson Mandela).*

La Persona resiliente ideal sería aquella que enfrentada a un suceso traumático no experimenta síntomas disfuncionales ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana.

Pero esto, aun no siendo un fenómeno tan raro o excepcional, lo más habitual es que tras la experiencia traumática se pase por un periodo de disfuncionalidad de la que se recuperan de forma natural.

Y hablamos de personalidad resiliente, pues a pesar del periodo de desequilibrio provocado por el suceso traumático, se mantiene un cierto equilibrio durante todo el proceso que apoya la recuperación.

Contempla un grupo de importantes y valiosas variables psicológicas y sociales. De aquí que no sólo su comprensión, sino también sus posibilidades de formación y entrenamiento se conviertan en importantes aliadas de los profesionales sanitarios para lograr mayores niveles de salud y bienestar entre las personas a quienes brindan sus servicios.

Habrían tres componentes fundamentales de la personalidad resiliente: las tres C

Compromiso, Control y Cambio.

Las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida.

**Compromiso**: Es reconocerse a sí mismo como **persona valiosa y capaz de lograr determinadas metas y propósitos existenciales que se proponga**, el ser capaz de tomar responsablemente decisiones congruentes con los principios y valores y, como consecuencia, comprometerse con las consecuencias de las mismas. Presupone el **implicarse y no permanecer como un simple espectador en las diferentes esferas de la vida en que se participa**, tanto las familiares como las laborales, sociales y recreativas. Protagoniza y hace o propicia que las cosas ocurran y se interesa en el propio bienestar y también en el bienestar de los otros. Este concepto conlleva también un **sentimiento de comunidad**, una sensación de pertenecer, **de disposición de ayudar a los otros, y también de recibir y beneficiarse con su apoyo cuando así lo necesite**.

**Control**: es la propensión a pensar y actuar con la **convicción de que son ellos, y no la casualidad** o los demás, **quienes deciden o pautan el curso de los acontecimientos**.

Asumen su propia responsabilidad, al sentirse capaces de cambiar el curso de los acontecimientos en la dirección de las propias metas y valores... de aquí su estrecha relación con los compromisos anteriormente expuestos

**Las personas con limitadas cualidades de control** fracasan ante los nimios obstáculos pues al tener la creencia de falta de control renuncian a sus intentos de afrontamiento y se dan por derrotados antes de tiempo, lo que los puede conducir a un miedo generalizado a la vida en que **todo lo ven como un peligro o una amenaza que desborda sus posibilidades de control**.

**Cambio/reto/desafío: (del inglés challenge, la tercera “C”) Asume el cambio y no la estabilidad como lo que caracteriza a la existencia humana.**

Las personas que poseen la cualidad de ver la vida como un reto, ven en la existencia humana y los inconvenientes que ponen a las personas ante disyuntivas de cambio, una constante **oportunidad** de crecimiento y mejora humano más que como un peligro o amenaza, lo que evidentemente hace que predominen en ellas las emociones positivas que acompañan a las ganas y el coraje de vivir... tal vez pueden encolerizarse, pero raramente les atrapa la depresión y la angustia y esto favorece su calidad de vida y bienestar.

Competencia social, robustez (hardiness), invulnerabilidad, resistencia al estrés, son términos que se utilizan para explicar las características de la personalidad resiliente. Por ellos podemos hablar de que existen ciertos factores de la personalidad que son protectores y favorecedores de la resiliencia y por el contrario, factores perjudiciales o de vulnerabilidad:

#### 3.4 Factores protectores y favorecedores de la resiliencia:

Factores personales de protección:

- Control emocional y valoración positiva de uno mismo.
- Apoyo social y estilos de vida equilibrados.
- Afrontamiento activo de las dificultades cotidianas.
- Sentido del humor.
- Actitud positiva ante la vida.
- Creencias religiosas o espirituales.
- Aceptación de las limitaciones personales.
- Satisfacción laboral y/o personal.

#### 3.5 Factores perjudiciales o no resilientes (vulnerabilidad):

- mostrarían carencias en el sentido del compromiso (alienación).
- un locus de control externo.
- tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado.
- Personas rígidas.

Todo el mundo, en cualquier etapa de su vida y en cualquier ámbito, puede encontrarse en una situación traumática que podría superar; y al hacerlo, salir fortalecido pues ha adquirido nuevas experiencias y estrategias de afrontamiento que favorecerán el crecimiento de los valores de resiliencia personal. Por eso podemos hablar de educar y favorecer la resiliencia.

Según Grotberg y Rutter todas las personas podemos ser resilientes. El desafío consiste en encontrar la manera de promover la resiliencia en cada persona, tanto individualmente como en las familias y las comunidades.

La resiliencia es un proceso que puede ser promovido y que, por tanto, es necesario estudiar la elaboración de modelos que permitan promoverla de forma efectiva mediante programas de intervención.

### 3.6 Cualidades de las personas resilientes

La teoría del desafío y los siete pilares de la resiliencia (Wolin, 1999), habla de las cualidades de las personas resilientes y los sistemas de apoyo que predicen el éxito personal y social:

1. Introspección: Capacidad de preguntarse a uno mismo y darse una respuesta honesta.
2. Independencia: Capacidad de saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas sin caer en el aislamiento.
3. Relacionarse: Capacidad de establecer lazos con otros para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a los otros.
4. Iniciativa: Gusto por exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más complejas.
5. Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia.
6. Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
7. Moralidad: Consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores (Sobre todo a partir de los 10 años).

Los factores que suelen contribuir a fortalecer y dinamizar estas capacidades son la resistencia, la flexibilidad y la capacidad de adaptación.

***El hombre es un junco, un junco pensante pero junco al fin ...". Pascal***

#### 4. PROCESO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

- a) 1ra intervención (primeras horas). Primeros Auxilios Psicológicos.
- b) 2da. Intervención (aplicable en consulta). Terapia para Crisis.

Slaikeu (1996) diferencia dos fases en el proceso de la Intervención en Crisis:

##### a) Intervención de primera instancia:

Primeros Auxilios Psicológicos, que duran minutos o, como mucho, horas. El objetivo es restablecer el enfrentamiento inmediato al evento:

- Otorgar apoyo.
- Reducir el peligro de muerte (por ejemplo en casos de maltrato infantil, violencia doméstica, suicidio, ideas autolíticas, deambulación peligrosa, agresiones).
- Enlace con recursos de ayuda: Informar sobre los distintos recursos, y remitir a orientación psicológica.

##### **b) Intervención en segunda instancia: Terapia para Crisis.**

**Esta intervención puede durar semanas o meses, y su objetivo es la resolución de la crisis:**

- **Translaborar el incidente de crisis**
- **Integrar el incidente en la trama de la vida**
- **Establecer la apertura/disposición para encarar el futuro.**

**(Mod. IX Especialista en terapia para adultos Grupo Luria)**

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

Tal y como se ha comentado en la introducción de este trabajo la terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente y que puede tomar de una a seis semanas, según los trabajos de Caplan, 1964.

Las aproximaciones teóricas de Lindemann permitieron desarrollar las técnicas de Intervención en Crisis. Dichas aproximaciones se refieren al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional; está basado en el estudio sobre una comunidad, en donde se observaron las reacciones y disturbios emocionales subsecuentes a determinados eventos sociales.

Establecieron un programa de Salud Mental en el área de Harvard, trabajando en las siguientes áreas:

- 1.- La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.
- 2.- El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.
- 3.-El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

“La psicología clínica ha ampliado la mirada exclusiva sobre la enfermedad, y se ha preocupado del concepto más general de salud mental, lo cual le ha permitido trabajar no sólo en intervenciones de tratamiento y de prevención, sino también de promoción (Trull & Phares, 2001/2003).”

#### 4.1 Intervención en 2da. Instancia: Apoyo Psicológico, Intervención En Crisis, Terapia de Crisis, Counselling.

Este tipo de intervención tradicionalmente se la ha llamado de diversas formas: Apoyo psicológico, Intervención en Crisis, Terapia de Crisis, Terapia Breve de urgencia con tiempo limitado, y más recientemente Counselling. Con variaciones según desde el modelo que se aborde, en general se define como:

*“Conjunto de actuaciones inmediatas encaminadas a paliar el sufrimiento psicológico de los afectados por una situación crítica o traumática mediante la potenciación y el empleo de sus propios recursos”.*

De todos estos términos, personalmente me adhiero al término Apoyo Psicológico o Intervención en Crisis. Ambos términos aluden a una situación temporal y concreta que es resuelta por la propia persona con el soporte, apoyo o dirección de un profesional de la psicología.

Quizás los otros términos puedan afianzar la idea enfermedad (terapia) y por tanto de “víctima” de una situación a la que como mínimo considera injusta, aunque solo sea por el malestar que le provoca, y se reafirme la sensación de que la persona requeriría ser tratado como un enfermo, afianzando su rol de persona indefensa y desvalida. Ello produciría una victimización secundaria; o bien Counselling que suena a “consejos”, lo que parece poco profesional.

Así, el concepto “apoyo” contribuye al objetivo de una Intervención en Crisis: Apoyar a la persona en la recuperación de su nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, fomentando las capacidades de resistencia y enfrentamiento a las vicisitudes de la vida.

El interés de la investigación actualmente se ha volcado hacia el estudio de la presencia de salud y la contribución de factores que impiden o protegen del desarrollo de patología (Osborn, 1990; Werner, 1989, 1994).

#### 4.2 La Indicación de la Intervención en Crisis.

A pesar de todas las definiciones y tipos de crisis, la indicación de la Intervención en Crisis no puede establecerse en función del ajuste de la situación que motiva la demanda, a un repertorio de escenarios tipo acaecidos en el curso de circunstancias catalogables como “crisis”.

Pues:

- No todas las situaciones “críticas” para unos, lo son para otros.
- No todas las manifestaciones de crisis son patognomónicas.
- No todas las personas necesitan lo mismo ante la misma situación crítica.
- No todas las personas están preparadas para recibir apoyo psicológico en un mismo momento.

Y si además están empleando sus propios recursos surge la polémica:

¿Cuándo está indicada la Intervención en Crisis? esto es ¿Intervención o no intervención?

Esta es una polémica que incluso surge dentro de los ámbitos de la propia Psicología.  
¿Estaremos psicopatologizando la vida cotidiana?

Los psicoterapeutas de diversas formaciones admiten en la actualidad el hecho de que sin intervención, las reacciones traumáticas corren el riesgo de degenerar en trastornos patológicos. Tanto el estrés postraumático como los trastornos del ánimo y el alcoholismo, pueden ser consecuencia de reacciones al traumatismo convertidas en crónicas.

En las alteraciones disociativas y psicósomáticas también se puede intuir una reacción al traumatismo, en las cuales el síntoma físico es el recuerdo de la experiencia traumática transformada por la psique..

(G.Perren- Klingler 2003)

“Cuando se pierde la paz del espíritu o si nunca se tuvo, puede haber serias consecuencias físicas y psicológicas, sea cual fuere la causa. Al margen de los ‘disparadores’, las causas se encuentran generalmente en antiguas experiencias de vida. A esas experiencias, las llamamos traumas” (Francine Shapiro, en *Una Terapia Innovadora para superar la Ansiedad, el Estrés y el Trauma*).

Los seis meses posteriores a la crisis pueden aparecer diversas patologías:

- . Duelo patológico
- . Trastorno por estrés agudo
- . Crisis de angustia
- . Síndrome de fatiga crónica
- . TEPT
- . Cuadro disociativo
- . Síndrome de culpa del superviviente
- . Otros.

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.

No podemos olvidar que **la angustia o el sufrimiento de por sí no son trastornos psicológicos.**

Muchos de los sujetos que viven una experiencia traumática experimentan en los primeros momentos síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés, que no deben ser considerados como patológicos, sino como **reacciones normales ante situaciones anormales.**

En desastres y situaciones críticas, la observación y documentación de síntomas necesita ser interpretada como procesos y manifestaciones de estrés postdesastre, esfuerzos de adaptación y afrontamiento manifestado por el sobreviviente en su capacidad de adaptarse al entorno desorganizado que los rodea.

Este cambio de perspectiva influencia nuestros objetivos y procedimientos de ayuda y enfoca plenamente a la persona que está tratando de estabilizarse después del golpe desestabilizador recibido por el desastre. Sus sistemas de adaptación, inherentes en todo individuo, están procesando el trauma que ha desorganizado su capacidad, pero no es un enfermo, no obstante necesita ayuda para equilibrarse. (Cohen, R.E., 2008)

Un enfoque orientado hacia la salud significa conocer principalmente los aspectos sanos de una persona y los recursos que ella puede desarrollar en conjunto con su entorno.

Swanson y Carbón (1989), 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.

En estas circunstancias, el objetivo es trabajar para reducir la incidencia, la duración y la severidad de la crisis. Nuestra misión como terapeutas consistirá en ayudar al individuo a clarificar, y de esta manera, reconocer y aceptar, las emociones conflictivas despertadas por la crisis, así como a la integración de dichas vivencias con la trayectoria vital de su vida y encarar el futuro con nuevas expectativas.

#### 4.3 Modelos de Intervención en Crisis

Según Payne 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". Este modelo se basa en la psicología del yo, en la teoría del estrés, la teoría del aprendizaje, la teoría del rol y la teoría de la homeostasis (entre otras).

M. Horowitz postula que el trauma produce un deterioro del autoconcepto, percibiéndose un yo dañado y extremadamente vulnerable. Por esto la terapia planteada por M. Horowitz tiene como objetivo que la persona recupere la sensación de competencia personal desde una perspectiva psicodinámica.

La terapia conductual utiliza estrategias que reducen el arousal (activación o alerta) frente a claves traumáticamente condicionadas (descondicionamiento). Algunas técnicas específicas de este enfoque son: la desensibilización sistemática con exposición graduada a señales (tanto en imaginación como en vivo), inundación, procedimientos de manejo del estrés como la relajación y técnicas de distracción.

Desde un punto de vista cognitivo las creencias más alteradas por una experiencia traumática son la sensación de invulnerabilidad y la sensación de control. En la terapia se busca cambiar las creencias irracionales a través de la reestructuración cognitiva que intenta restablecer estas sensaciones y reconstruir los esquemas cognitivos de sí mismo y del mundo.

Ciertos abordajes terapéuticos, (tales como p. ej. la hipnosis, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición directa, por inundación, los abordajes psicofarmacológicos, EMDR etc.) cuentan con un bagaje de investigación fuera de toda discusión. Uno de los factores fundamentales de estos tratamientos es el de la exposición directa o en imaginación al evento traumático.

- Uno de estos modelos es el llamado Trifásico de Judith Herman. Es un modelo concebido en tres fases:

La primera fase del tratamiento consiste en el restablecimiento de la seguridad. En esta etapa el paciente debe volver a tener control interno y externo, es decir, garantizar su seguridad, tanto como aprender a manejar los síntomas que interfieren en su vida y conllevan el riesgo de retraumatización.

En la segunda fase, de Rememoración y Duelo, el tratamiento se orienta a que el paciente pueda reconstruir la historia traumática. A causa de su naturaleza, las memorias traumáticas rara vez se presentan linealmente. Los fragmentos, a veces incoherentes, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración permitiendo de esta manera la integración bajo la forma de la Memoria Explícita o Narrativa.

Finalmente la tercera fase, o de Reconexión, apunta a reconectar al paciente con la vida, con el presente y el futuro, redefiniéndose a sí mismo en el contexto de relaciones y actividades significativas.

- Reducción del Incidente Traumático. Modelo desarrollado por Frank Gerbode MD y Gerald French CTS, es un tratamiento breve, simple, centrado en la persona, y altamente estructurado, que reconoce la influencia del trabajo de Carl Rogers (sin la falta de dirección) y de S. Freud (sin la interpretación y el análisis). Está orientado a eliminar la carga emocional negativa de traumas pasados, así como también es efectivo para tratar Sentimientos, Emociones, Dolores, Actitudes y Sensaciones negativos.

El procedimiento se basa principalmente en recorrer mentalmente el episodio traumático repetidamente bajo ciertas condiciones terapéuticas. El rol del terapeuta es guiar al consultante en la revisión del incidente traumático sin ofrecer ninguna interpretación, o intervención de ningún tipo: todo el trabajo es hecho por el consultante.

La repetición continuada de este procedimiento permite al consultante no solamente el alivio de los síntomas, sino también promueve insights y decisiones, llegando entonces a lo que se denomina un Punto Final.

Este procedimiento, aparentemente permitiría, por medio de revivir y recorrer reiteradamente el hecho traumático en condiciones controladas, ir poniéndolo paulatinamente en palabras, integrando, como decíamos más arriba, la memoria traumática a la memoria explícita. De esta manera, la carga emocional, contenida en la memoria implícita se iría desagotando, permitiendo que el hecho traumático quede archivado en la memoria como lo que es: un hecho del pasado, que no amenaza en el presente al individuo.

- Otro modelo sería el basado en narrativas, la Terapia Narrativa, desarrollada principalmente por White y Epston (1993) y aplicada por Fernandez Liria, A. y Rodríguez Vega, B., García y Rincón, o Felipe E. García y Rodrigo Mardones. Se desarrolló influido por las investigaciones de Pennebaker (Galarce, 2003; Tarragona, 2003) y se basa en la importancia de la asignación de significado a las experiencias traumáticas, de la relevancia de la expresión emocional y del apoyo social y en el supuesto de que las narrativas no representan la identidad y los problemas de las personas, sino más bien las narrativas son la identidad y los problemas. Señala que los problemas humanos aparecen y se mantienen gracias a las historias opresivas que dominan la vida de las personas. Pero estos relatos no sólo determinan el significado atribuido a sus vivencias, sino que también determinan qué aspectos de la experiencia vivida seleccionan para asignarles un significado.

El enfoque narrativo se basa en el principio de que las personas categorizan sus experiencias a través del lenguaje. Sin embargo, al momento de narrar la experiencia, ciertas partes quedan fuera porque son menos atendidas que otras. Si se anima a los pacientes a atender a las partes marginadas de su experiencia, pueden crear historias íntegras y atribuir nuevos significados. Es decir, hacer una revaloración, construir nuevos significados e integrarlos en su experiencia.

En general, todas las corrientes tienen sus distintos modelos de intervención en crisis, y en todas ellas podemos encontrar denominadores comunes: la búsqueda del equilibrio interno perdido y la integración del acontecimiento en las experiencias de la persona para poder continuar con la trayectoria de vida interrumpida.

## 5. PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

A continuación propongo una propuesta metodológica de intervención en crisis, basada en elementos comunes de diversos modelos de intervención como los de Mathilde du Ranquet, Malcolm Payne, A. Fernández Liria y B Rodríguez Vega, Daniel Benveniste, Ph., D. Juan Carlos García Ramos o Judith Herman.

*“Tres factores modulan el impacto de la exposición a un desastre: El soporte social, las atribuciones de control interno y la percepción de amenaza” (Solomon i Green,1992).*

En toda situación de crisis, aparecen tres áreas como fundamentales en el proceso de recuperación y adaptación:

- **Factores estresantes y reacción de estrés.** Afectan la conducta dependiendo del tipo del evento traumático, la percepción y significado para su supervivencia más las consecuencias de cambio en su entorno.
- **Estilos de conducta de afrontamiento.** Capacidad del individuo de afrontar los cambios personales producidos por el desastre y el de su entorno, de manera apropiada y saludable.
- **Sistemas de conducta y apoyo social.** Ayuda y redes de soporte que ayudan de manera específica, apropiada y eficiente al sobreviviente.

(Cohen, R.E. 2008)

La intervención repasará cada una estas áreas e irá afrontando posibles desequilibrios en cada una de ellas.

### 5.1 Idoneidad de la intervención.

Lo primero que habremos de tener en cuenta al inicio de una intervención en crisis es si es lo apropiado. Según las circunstancias del paciente, de la situación o del problema puede que no sea oportuna una intervención psicológica o al menos no en este momento. Habrá que valorar diversos factores:

- Circunstancias del paciente (toma de medicación inhabilitante o situación física/médica inapropiada o prioritaria, edad, aspectos culturales, actitud, otras).
- Circunstancias de la situación que no permiten una correcta relación terapéutica (idioma, contexto, aceptación por parte del paciente, otras).
- Circunstancias del problema (es una crisis accidental o evolutiva, se adapta el problema a las características de una intervención en crisis, otros)

### 5.2 Evaluación y formulación de hipótesis.

En el momento de evaluar habrá que intentar:

- Captar su atención.
- Ganar la confianza (tono, actitud, proximidad física, comprensión, aceptación, etc.)
- Mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada.
- Conseguir la mayor información posible.
- Observar la respuesta emocional.
- No alarmar.

Para ello utilizaremos las habilidades del terapeuta para la comunicación.

El objetivo en esta fase es conseguir una valoración general del paciente:

- Como fue su funcionamiento durante el incidente y su estado actual, permitiendo establecer, sobre la base de algunos indicadores conocidos, el riesgo de un posterior desarrollo de los trastornos anteriormente mencionados y ayudarlo a encontrar sus propias resistencias para superar la crisis y sacar el mejor provecho posible a la experiencia vivida.

Para ello deberá obtenerse información sobre cinco puntos importantes:

- Suceso precipitante.
- Contexto en que ocurre la crisis.
- Funcionamiento durante la crisis.
- Funcionamiento de la persona antes de la crisis.
- Situación actual.

La valoración debe abarcar tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional.

Para la evaluación usaremos una entrevista abierta, en donde la persona ira relatando los acontecimientos, comenzando desde un poco antes de que ocurriera el suceso (que día era, que estaba haciendo, etc.).

Solicitaremos unos datos mínimos para comenzar con la anamnesis, la cual iremos completando según avance la sesión.

Habrá que ir haciendo un repaso por el denominado Perfil CASIC, viendo el estado de las áreas Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva. Esto es, en esta primera valoración se busca conocer el estado del paciente mediante el examen de cinco funciones psicológicas básicas: Emociones, reacciones fisiológicas, aspectos cognitivos, comportamentales y relaciones sociales, que nos ayude a detectar la gravedad y dimensión del problema (Lima y cols, 1987).

- Aspecto conductual: Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.
- Aspecto afectivo: Sentimientos sobre cualquiera de las conductas mencionadas anteriormente como ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan.
- Aspecto somático: Funcionamiento físico general, salud. Tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la visión, audición, tacto, etc.
- Aspecto interpersonal: Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos. Cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos. Papel asumido con íntimos (dependiente o no, pasivo, líder,

etc.), estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido) y modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc.).

- Aspecto cognoscitivo: Sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide y actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

Estos cinco elementos están interrelacionados y los cambios en uno de ellos pueden producir modificaciones en los otros.

De una forma práctica, no es necesario ser exhaustivo e inquisitorio en cada uno de los ítems, sino que se irá haciendo un repaso según la narración y los comentarios del paciente. Ahondaremos en aquellos puntos que puedan generar duda, no quedar claros o susciten una cierta alarma.

Podremos apoyarnos en cuestionarios y escalas como el IES (Escala de Sucesos Impactantes de Horowitz o la Escala de Gravedad de Síntomas para el TEPT de Echeburúa. Dichos instrumentos nos orientarán hacia el número e intensidad de síntomas de la tríada sintomática habituales en este tipo de sucesos:

- Reexperimentación de las sensaciones, recuerdos, emociones y sentimientos.
- Conductas de evitación.
- Aumento de la Activación, estado de hiperalerta, emociones exacerbadas, ansiedad junto con sus posibles manifestaciones fisiológicas/somáticas.

#### 5.2.1 Narración del suceso:

- Preguntaremos por el nombre, edad, profesión, tipo de incidente sufrido.
- Averiguaremos si es víctima directa o indirecta y las pérdidas más graves que ha tenido (fallecimiento de personas cercanas, pérdidas materiales importantes o consecuencia más grave percibida).
- Le haremos saber nuestras condolencias por lo acaecido y mostraremos nuestra empatía con sus circunstancias.
- Continuaremos favoreciendo la narración del suceso. Idealmente intentaremos que lo haga de una forma cronológica, centrándose en los hechos y con el mayor lujo de detalles posibles.
- No interrumpiremos, a no ser que veamos que empieza a divagar o a apartarse de una narración hilada. En este caso, volveremos a centrar la historia por el punto en donde se desvió para que la retome (me decía que..., entonces cuando... que pasó, etc.).

Es posible que existan pequeñas lagunas de memoria, en que no recuerde bien lo sucedido en algún momento, o que el tiempo transcurrido no sea muy preciso. Tomaremos nota de estos aspectos y en qué punto de la historia ocurre. Más adelante podremos ayudarle a pensar sobre estos hechos.

Valoraremos en este punto la fase en la que se encuentra en este momento el paciente:

- Es posible que continúe en un cierto estado de shock, en una fase aguda. En este caso el relato será de una gran intensidad emocional, costándole mucho separar del relato la

parte cognitiva de la emocional. Dejaremos que se desahogue emocionalmente, e iremos dirigiendo el relato de una forma más directiva.

Tomamos nota de los hitos más relevantes de la narración y anotaremos aquellos indicadores que nos den pistas del estado de ánimo de la persona, en el momento de los hechos y su posible repercusión actualmente.

Asimismo incidiremos sobre aquellos **momentos en los que la persona haya realizado las conductas apropiadas para usarlo como reforzador y hacerle ver las actuaciones y conductas apropiadas que realizó y por ende su capacidad y resistencia**. Hay que tener presente que las personas que han padecido una situación traumática suelen verla de una forma global y califican su actuación durante la misma de forma integral, normalmente dura, autoexigente y descalificadora (no fui capaz de..., quería haber hecho pero..., tenía que haber..., pero si yo... etc.) y no son consientes, hasta que uno se lo hace ver, que en ciertos momentos actuaron de la forma apropiada. Puede que solo sea el hecho de haberse apartado lo suficiente del foco de peligro, pero esto ya es algo positivo que concluir de su actuación. Es posible que se sorprendan con este comentario e intenten quitarle importancia para reafirmar su criterio global descalificador, pero habrán tomado nota de ello y será un primer paso para ir encontrando sus propias fortalezas.

La propia narración ya va siendo terapéutica en sí misma. Los refuerzos durante el relato, de forma verbal o no verbal, con comentarios como los anteriormente expuestos o con pequeños asentimientos en los que le daremos a entender que comprendemos su proceder y que lo aprobamos, irán apoyando su actuación.

La verbalización de lo sucedido produce un cierto desahogo, mientras es escuchado, aceptado y comprendido incondicionalmente, sin prejuicios, sin cuestionarle y sin ningún tipo de intención morbosa.

El relato coherente sobre lo ocurrido permitirá ir integrando la parte cognitiva de los hechos con las emociones sentidas e ir identificando pormenorizadamente dichas emociones y las circunstancias en que se produjeron, que hasta ahora eran sentidas como globales y generalizadas.

Esta narración cronológica favorecerá la reconstrucción cognitiva. El paciente irá recordando lo sucedido desde una cierta perspectiva de observador, lo que le permitirá disminuir la intensidad de las connotaciones emotivas que contienen los hechos, que se irán evocando a lo largo del discurso, similares a las sintió cuando se produjeron, pero más atenuadas. Esto nos permitirá también ir elaborando un screening de sintomatología, en este caso emocional, que nos ayude a comprender como se sintió durante el suceso.

### 5.2.2 Situación actual (Anamnesis y Traumatización)

Una vez terminado el relato, preguntaremos sobre **su situación actual**.

En este momento, la evaluación irá en un doble sentido. Por un lado iremos buscando los indicadores (sintomatología) que presenta en este momento desde los tres aspectos básicos:

- reexperimentación,
- evitación,
- labilidad emocional y activación fisiológica,

Como las áreas de la Resiliencia basadas en el “soy”, “tengo” y “puedo”

- locus de control interno/externo,
- Autoestima
- Introspección
- Independencia
- Capacidad de relacionarse (familia, amigos, etc.)
- Iniciativa, humor y creatividad
- Moralidad: deseo del bienestar ajeno y compromiso con valores.
- Pensamiento crítico y realista

Indagaremos:

- Como se siente en este momento.
- Qué piensa sobre todo lo que pasó.
- Intentaremos averiguar pensamientos irracionales o distorsionados que puedan estar provocándole sentimientos de culpa, y hasta qué punto siente responsable de parte de lo ocurrido. Si apareciera algo de esta índole hay que indagar la intensidad de esos sentimientos / pensamientos hasta el punto de una posible ideación suicida.
- El tipo y grado de reexperimentación: recuerdos, sueños, olores, imágenes, pensamientos intrusivos, estímulos simbólicos, otros.
- Malestar psicológico que experimenta y que cosas está evitando hacer, pensar, hablar, para no sentirlo.
- Sensaciones raras que no había sentido antes como: sensación de irrealidad, desapego de los demás, sensación de incompreensión por parte de las otras personas que le rodean, desinterés por las cosas que habitualmente le interesaban, anhedonia, otras.
- Cuestionamientos filosóficos sobre la vida, la existencia, el valor de las cosas...
- Hiperactivación, estado constante de alerta, irritabilidad o explosiones de ira. Dificultad para concentrarse.
- Manifestaciones somáticas/fisiológicas: dolores, calidad del sueño, náuseas, mareos, cansancio, miedo, etc.
- Apoyos: Procederemos a averiguar con qué apoyos cuenta, (familiares, amigos, etc.). El apoyo social en estos momentos es importante. Aunque los eventos traumáticos se viven como algo muy personal, hay ciertos factores favorecedores para sobreponerse y encontrar las propias fortalezas. El contar con otras personas, tanto para escuchar su relato como para distraerse del mismo y centrarse en otras actividades hará más llevadero este difícil periodo de la vida.
- Terminaremos la anamnesis completando historia familiar, parentesco, historial médico.
- Indagar sobre antecedentes o incidentes críticos anteriores, predictores de estrés. Estar pasando por situaciones estresantes (separaciones, divorcios, otros duelos, desempleo, otros) o estar padeciendo alguna patología psicológica/psiquiátrica en el momento del

suceso traumático, son indicadores de peor pronóstico, al estar mermada la capacidad de resistencia al estrés (resiliencia).

- El conocer situaciones críticas anteriores y como las solventó nos ayuda a conocer la capacidad de afrontamiento que puede llegar a tener en situaciones difíciles. Aunque unas situaciones no son iguales a otras y la acumulación a lo largo de la vida va mermando esta capacidad, sí sirve para conocer (y hacerle ver) su estilo de hacer frente a las vicisitudes de la vida.
- Planes de futuro. El que los haya, aunque en este momento no se sienta capacitado para llevarlos a cabo, es un buen pronóstico y un objetivo que se puede utilizar como meta a alcanzar, lo que le da una finalidad a la intervención.

Para todo lo anterior podemos apoyarnos en las escalas y cuestionarios antes mencionados.

### 5.2.3 Valoración

- La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos y las vivencias, determinando si se pueden interpretar como respuestas “normales o esperadas” o por el contrario, pueden identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje DIFERENTE. Buscar diagnóstico diferencial con patologías previas.

Algunos criterios/Indicadores

- ✓ Coherencia/incoherencia del discurso.
- ✓ Confusión. Normal o excesiva (puede indicar una afectación neuronal según el suceso del que haya sido víctima).
- ✓ Lagunas en el relato. Nos indicarán si debemos explorar una posible amnesia.
- ✓ Estado emocional, emociones dominantes (Slaikeu 1996). Disociación, temor, pánico intenso y desesperanza. En un primer momento pueden ser normales pero habrá que observar muy atentamente su evolución.
- ✓ Autoculpa, también normal, pero debemos impedir que se consolide, utilizaremos para ello contrastes de realidad.

*La atribución de control interno tiene dos dimensiones:*

- *si éste se produce sobre las causas del incidente puede derivar en un sentimiento negativo de responsabilidad o culpa.*
- *Si la atribución de control interno se produce en referencia al futuro y la reconstrucción, será considerado de buen pronóstico.*
- ✓ Identificación con las víctimas directas si fuera una víctima indirecta. La frase más repetida en estas circunstancias acostumbra a ser “Esto me podía haber pasado a mí”.
- ✓ Negación, absolutamente normal en esos momentos; sin embargo, durante el proceso habrá que vigilar que no se mantenga como mecanismo de defensa a largo plazo.
- ✓ Grado de exposición al desastre (March y Amaya-Jackson, 1993), especialmente el grado de contacto con la muerte y los muertos.
- ✓ Pérdidas. La gravedad de las pérdidas sufridas. Si son de personas allegadas o pérdidas materiales importantes (vivienda, trabajo...), dado que, al dramatismo de la situación, se unen dificultades añadidas a las expectativas de reconstrucción, y también tienen una gran repercusión emocional.
- ✓ Ideación autolítica, no tan corriente como las anteriores, aunque su existencia no implica necesariamente que se vaya a llevar a cabo. Su sola formulación, aunque parezca retórica, debe llevarnos a extremar las medidas de seguridad (y de intervención) entorno a esta víctima.

- ✓ Planes de futuro, su existencia contrarresta en gran medida la ideación autolítica que haya sido formulada, pero no debe ser óbice para una intervención intensa en caso de que haya existido ésta.
- ✓ Traumatización o incidentes críticos previos (Halligan y Yehuda, 2000). Estar experimentando estresores mayores en el momento del siniestro (duelo, pérdida del puesto de trabajo, separación o divorcio...) resulta en una acumulación de circunstancias de mal pronóstico.
- ✓ Situaciones previas de crisis. Conocer las respuestas emitidas y las estrategias de afrontamiento empleadas ante situaciones de crisis personal previas permite un cierto grado de predicción de la capacidad de afrontamiento de la persona.
- ✓ Otros. Cualquier otro dato que se considere relevante.

En una primera evaluación habrá que tener en cuenta que muchos valores estarán muy alterados y por tanto deberemos tomarlo como referencia de pronóstico pero no como grado de gravedad.

Como comentaba anteriormente, es normal que al haber pasado solo unos pocos días del suceso en este momento se estén produciendo toda una serie de sintomatología que es lo que ha motivado que el paciente acuda en ayuda de un profesional al no reconocerse con estas sensaciones y sentimientos que en muchos casos no sabe a qué atribuir.

#### Organización de la información:

El perfil CASIC nos puede servir para organizar la información y realizar el análisis funcional:

##### *Conductual:*

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

##### *Afectiva:*

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

##### *Somática:*

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

##### *Interpersonal:*

1. *¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?*
2. *¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?*
3. *Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos*

4. *¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?*

*Cognitiva:*

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

Y el BASIC-Ph para las características resilientes:

(Mooli Lahad, Community Stress Prevention Centre, Kiryat Shmona)

*La sigla incluye los siguientes elementos a considerar:*

*(B) conductas (Behavior)*

*(A) Afecto (emociones)*

*(S) Social (apoyo social).*

*(I) Imaginación (apertura a experiencias).*

*(C) Cogniciones (pensamientos y creencias)*

*(PH) bases biológicas del comportamiento (Physiological).*

### Reseña

Esta primera sesión ha de estar previsto que pueda ser más larga que las habituales de una hora. NO podemos cortar el relato a la mitad y que continúe en la siguiente. Es necesario que pueda narrar todos los acontecimientos hasta la situación actual. Como habremos ido reconduciendo la narrativa, si en algún momento la persona se hubiera quedado estancada en algún aspecto o momento concreto del relato (del que tomaremos nota por la importancia percibida del paciente) tendremos que haber hecho que avance.

Durante la narración habremos ido normalizando las emociones y las conductas realizadas en las circunstancias en las que se encontraba. Al finalizar, volveremos a normalizar e informaremos de las reacciones habituales (sin agobiar) que es normal sentir en estos casos. Ello de por sí es terapéutico ya que le produce un gran alivio a la persona que seguramente sentía un gran temor por no entender lo que le estaba pasando y llegar incluso a creer que se está volviendo loca (comentario muy habitual).

Antes de finalizar, daremos algunas pautas y tareas encaminadas al autocuidado (punto 5.4 de este texto).

Periodicidad de la consulta: Le daremos un margen de al menos 2 semanas para que acuda a la siguiente consulta (excepto en el caso que haya manifestado ideaciones suicidas). Esto, aunque parezca contradictorio, dado los niveles de alteración que habremos observado en muchas áreas y que resultan alarmantes, redundará en beneficio del paciente favoreciendo:

- Desalarmar al paciente. No podemos comunicarle normalidad y por otro, con nuestros hechos, indicarle gravedad.
- Tiempo para que practique las pautas de autocuidado que le hemos señalado.

- Bajar los niveles de activación tan altos que presenta en este momento por estar tan cerca del momento de los hechos.
- Recupere y ponga en marcha sus propias habilidades de afrontamiento, de forma que vaya recobrando su sensación de control.

Si es oportuno siempre podemos hacer una breve llamada telefónica en algún momento de este intervalo para interesarnos por su evolución (y que el paciente agradecerá por la demostración de interés en su caso) y asegurarnos de la bondad de la medida tomada.

### 5.3 Plan de Tratamiento

En las siguientes sesiones haremos un repaso de:

- ✓ Las acciones tomadas por el paciente.
- ✓ Variación en la sintomatología observada desde la sesión anterior.
- ✓ Grado de mejoría.
- ✓ Aplicación de técnicas específicas para el tratamiento de sintomatología concreta.

Objetivos del tratamiento:

Facilitar que disminuya la sintomatología que le está produciendo malestar psicológico y/o físico, reforzando sus fortalezas personales de forma que recupere la sensación de competencia; que asimile lo sucedido y se distancie del suceso y de las emociones asociadas; disminuir la activación y el estado de alerta; modificar las concepciones erróneas y que retome el curso normal de su vida integrando la experiencia en la propia historia.

Para ello utilizaremos las técnicas habituales para el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático agudo, centrado en la sintomatología concreta que esté dando problemas.

Psicoeducación:

- Normalización de síntomas y explicación de la conducta en situaciones críticas de gran estrés.
- Pautas para la vida diaria (*punto 5.6*)
- Aceptación de lo sucedido

Disminución de la activación emocional: Relajación y Respiración:

- Respiración diafragmática
- Relajación progresiva de Jacobson
- Entrenamiento autógeno de Schultz
- Mindfulness
- Meditación

Para problemas con el sueño:

- Técnicas de relajación e higiene del sueño.

Para arranques de enfado o ira:

- Técnicas de relajación de emergencia (tiempo fuera, puños, etc.)
- Ventilación emocional. Dejar que se exprese. Empatizar.

Para sintomatología de evitación y reexperimentación como flashbacks, miedo intenso, imágenes o recuerdos intrusivos incluso hipervigilancia: Exposición a las experiencias vividas y a las emociones sentidas desde un contexto seguro.

- Desensibilización Sistemática (DS).
- Exposición y prevención de la respuesta.
- Exposición.

Para pensamientos de culpa, desesperanza negación, generalización, atención selectiva, pensamiento catastrofista, alejamiento afectivo y pérdida de interés, etc.:

Reestructuración cognitiva.

- Pruebas de realidad. Reforzar lo positivo. Aceptación.
- Intención Paradójica.
- Cambio de roles. “Si me hubiera pasado a mí que me dirías...”.
- Cambio de perspectiva. Punto de vista del observador. Identificar como actuaron cada una de las personas implicadas incluido él mismo.
- Pensamiento alternativo.
- Confrontar con situaciones anteriores que haya resuelto satisfactoriamente.
- Actividades distractoras y Posponiendo el pensamiento.
- Inoculación de estrés.

Para trabajar las pérdidas (personales o materiales):

- Tareas del Duelo (Worden).

Normalización de síntomas. Es importante durante todo el proceso hacer esta normalización. Asimismo solo abordar aquella sintomatología que resulte especialmente perturbadora para poder poner en marcha las pautas y tareas recomendadas que promuevan sus propias resistencias.

La reestructuración cognitiva no es explicarle lo disfuncional o desajustado de su forma de ver las cosas, sino que sea la propia persona la que comprenda y desarrolle una nueva perspectiva o forma de enfocar y valorar las situaciones.

#### 5.4 Evaluación final,

Valoración de evolución con respecto al inicio, acuerdo de finalización, pronóstico, problemas previsibles, posibles recaídas, seguimiento.

Dado el seguimiento continuo que habremos establecido desde la primera sesión, haremos una valoración de las variables que han ido mejorando. En este punto podemos apoyarnos en las escalas y cuestionarios que utilizamos al inicio para ver la progresión de la mejoría.

Valoraremos la situación actual del paciente en todas las áreas (biopsicosocial). Si la evolución ha sido favorable y ya no existen síntomas agudos que le impidan el normal desarrollo de su vida cotidiana, procederemos a considerar el alta del paciente.

Se tendrán en cuenta las posibles situaciones estresantes que puedan ser previsibles en las siguientes semanas (incorporación al trabajo, eventos sociales, enfermedades familiares, etc. etc.). Advertiremos a la persona de la posibilidad de recidivas y de las pautas a seguir.

Acordaremos la finalización de las sesiones y haremos un plan de seguimiento que pudiera consistir en unas sencillas llamadas telefónicas periódicas y cada vez más espaciadas para confirmar la buena evolución.

### 5.5 Crisis Patologizadas

Es importante reconocer que muchos síntomas producidos por los efectos traumáticos de las crisis, se parecen a síntomas patológicos del sistema clínico. Necesitamos tiempo para poder diferenciarlas y categorizarlas como reacciones normales dentro de la situación estresante en que se encuentra la persona o si es una manifestación patológica y clínica.

Por ello, si pasado un tiempo de la intervención (más de tres meses) vemos que el paciente no ha avanzado y está realizando conductas desadaptadas que puedan conducir hacia un trastorno patológico, pasaremos a recomendar tratamientos alternativos que incluyan técnicas más específicas para los síntomas observados como el EMDR u otros.

(Anexo 2: Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo y Estrés Postraumático).

### 5.6 Pautas y Tareas

Principales pautas que podemos dar al paciente para el manejo de situaciones estresantes.

- Establecer conciencia de la necesidad de contextos seguros.
  - Buscar compañía y hablar.
  - Compartir sentimientos y pensamientos con otros.
  - Participar en los ritos y manifestaciones de duelo según la cultura o la religión.
  - Escuchar y ayudar a compañeros.
  - Permitirse sentirse mal, deprimido o indiferente.
  - No evadir el dolor o sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.
  - Realizar ejercicios físicos suaves, alternados con relajación.
  - Estructurar el tiempo y mantenerse ocupado.
  - Planificar actividades placenteras distractoras según sus gustos (cine, paseo con amigos, etc.)
  - Tratar de mantener un itinerario de vida lo más normal posible.
  - Hacer cosas que le permitan sentirse bien, útil y solidario.
  - Tomar pequeñas decisiones cotidianas. Nunca cambios drásticos.
  - Descansar lo suficiente.
  - Intentar, dentro de lo posible, comer bien y regularmente.
  - Saber que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales y deben ser compartidos (con quien te pueda entender y escuchar sin juzgar.).
  
- Para los familiares y amigos de los afectados:
  - Escucharlos detenidamente y acompañarlos.
  - No culpabilizarles por ningún motivo: “te lo advertí..., Si hubieras..., Lástima que... etc.”
  - Promover ayuda y solidaridad, así como fortalecer vínculos entre familiares y amigos.
  - Proveer información suficiente.
  - Estimularlos a participar en las tareas de la vida cotidiana.
  - Comprender y aceptar el enfado y otros sentimientos de los afectados.
  - No decirles que tienen “suerte de que no les fue peor”. Las personas traumatizadas no encuentran consuelo en esas frases. En cambio, se puede expresar que lamenta lo sucedido y que lo entiende.
  
- Enfatizar en el retorno a la “normalidad” lo más pronto posible, evitando la re-victimización y favoreciendo un ambiente propicio.

### CASO CLÍNICO

*María tiene 36 años, es la hija mayor de una familia de clase media-alta. Tiene un hermano menor. Es soltera. Ha estudiado una carrera universitaria con un Master de especialización. Desde que terminó sus estudios se dedica a trabajar en diversas ONG's en programas de ayuda al desarrollo en varios países como en Indonesia después del Tsunami o en Suramérica, en la selva. En ésta sufrió un grave accidente de tráfico en el que ella conducía. Sufrió graves heridas que no pudieron ser atendidas adecuadamente por estar en el interior de la selva a un día de viaje de cualquier recurso de ayuda. Estuvo semanas hospitalizada, pero se recuperó totalmente. Éste fue, que ella recuerde, el momento en el que más cerca había estado de la muerte. Desde hace 4 meses trabaja para una organización de cooperación internacional destinada en Puerto Príncipe (Haití), en un puesto de responsabilidad con personas a su cargo.*

*El pasado 12 de Enero estaba en Puerto Príncipe cuando sucede el terrible terremoto que arrasa la ciudad. Después de varios días de vicisitudes consigue ser repatriada a España. A los seis días de estar de vuelta, busca ayuda profesional de un psicólogo por estar sintiendo un gran malestar psicológico con el que no se reconoce. Dice sentirse desapegada, como si no estuviera aquí. Duerme mal, con pesadillas, solo seis horas y con despertares durante la noche. Se siente sobresaltada permanentemente y las imágenes de lo sucedido le asaltan en cualquier momento. Le duele la cabeza. Le falta el apetito. Dice sentirse muy triste y abatida. No le apetece relacionarse ni hablar con nadie. Le fastidia que le pregunten por lo sucedido. Es suspicaz y piensa que lo hacen por morbo. Ha soñado que volvía a Haití.*

*Durante toda la sesión sostiene una mirada lejana, como ausente, ensimismada en sus pensamientos, con los ojos girados hacia la derecha (buscando sus recuerdos). Se aprieta las manos. Está como hundida en el asiento.*

#### Narración del suceso:

*Esa mañana había acudido a su trabajo. Llevaba dos meses con muchos problemas en el mismo, y con poco repaldo de su jefe europeo allí. Después de una reunión muy difícil, donde había sostenido una gran discusión, regresó a su casa. Se alojaba en unos apartamentos en la ladera de una montaña en Puerto Príncipe. Al poco rato de llegar empezó a sentir que la vivienda temblaba. En un primer momento no supo qué pasaba. Las cosas se balanceaban y comenzaron a caer. Oyó un gran estruendo y vio como se desplomaba la ladera de la montaña donde estaba su apartamento y como la tierra cubría los edificios cercanos.*

*A partir de este momento se inicia una gran odisea que dura cuatro días en los que intenta sobrevivir y salir de aquel caos.*

*En un primer momento decide que hay que salir de allí. Oye como la hija del vecino grita y llora. Convince a su padre, que se encuentra paralizado sin saber qué hacer, para que salieran todos de allí. No obstante ella vuelve a entrar a su apartamento a buscar su bolso. Bajan al portal pero la puerta se ha descuadrado y está atrancada. Descubre que un muro se ha medio derrumbado y salen por el hueco. Se encuentran con supervivientes que bajan por la montaña. Eran las 16:55 y ella se da cuenta que en una hora será de noche y no tendrán luz. Busca un lugar donde refugiarse y pasar la noche. Lo hace en el jardín de una casa, en una zona despejada, a la intemperie. Recuerda que habían muchas personas allí, varias de ellas heridas, (cree que algunas fallecieron sin asistencia durante la noche). Hacía muchísimo frío. Dice que nunca olvidará el frío tan grande que sintió esa noche, que casi no la dejaba pensar. Este fue el peor momento, por el miedo que pasó. Hubo varias réplicas y cada vez que la tierra*

*temblaba todo el mundo se ponía a chillar o llorar por lo que el miedo se acrecentaba. La incertidumbre, el no saber, la oscuridad, era lo que le producía más temor.*

*A la mañana siguiente apareció un helicóptero de la ONU con soldados brasileños que venían a ayudar a los residentes de un hotel cercano, pues allí se alojaban muchos extranjeros. Ella regresó a su apartamento a recoger artículos de primera necesidad y fue cuando constató la magnitud de lo ocurrido. Su apartamento estaba como en ruinas y la colina derrumbada con la tierra entrando dentro de las casas o las cubría. Después subió a ayudar a desescombrar y echar una mano en el Hotel, aunque cree que se podía hacer poco. A medio día se da cuenta que tiene que buscar donde pasar la segunda noche.*

*Durante el día se suceden situaciones absurdas, en donde discute con varias personas por pequeños desacuerdos y malos entendidos.*

*La decepción más grande de ese día fue que caminó hasta llegar a casa de su Jefe (el jefe de la delegación de la empresa de cooperación) y éste no le brindó ni la más mínima ayuda. Muy al contrario le dijo que a partir de ese momento ella tenía que arreglárselas sola como pudiera. Él tenía que cuidar de su mujer y su hija. Dice que recordará siempre sus palabras “que te las arregles”.*

*Finalmente se une a dos personas más y caminan hasta una embajada. Recuerda las caminatas agotadoras, pues no había ningún tipo de transporte. Esa noche la pasa en una embajada que les acoge. Ahí cree que la situación era disparatada, en la que a pesar de estar rodeados del caos, dentro de la embajada cenaron sentados a una mesa perfectamente preparada y servidos por empleados haitianos, como si nada ocurriera.*

*Al día siguiente van en busca de la embajada española. Allí ya no se encuentra el embajador y quien se ocupa de resolver los problemas es un joven ayudante del cónsul. Localizó a una amiga y se quedó en su casa.*

*El viernes va a la base logística de la O.N.U. y con la ayuda de unos pilotos, pasa el último día y la última noche, en el aeropuerto a la espera de ser evacuada. Después de muchas dificultades consigue que la incluyan en un avión para ser repatriada a España junto con otras personas.*

*Al llegar a España elude en lo posible enfrentarse a todo el jaleo de los periodistas y los políticos que esperaban allí.*

*Actualmente no le gusta hablar del tema. Piensa mal de los políticos que solo se interesan por “salir en la foto”; los periodistas y la gente, por el morbo. Prefiere no hablar de lo que pasó con nadie.*

*Refiere que desde que el avión pisó tierra en España empezó a sentirse realmente mal. Cada vez más triste y abatida. Tiene un gran sentimiento de abandono y decepción por parte de las personas que ella pensaba que hubieran tenido que ayudarla. Especialmente su jefe, su empresa y las autoridades españolas. Y no fue así. Es consciente de que si ella no hubiera reclamado y se hubiera desplazado por sus medios al aeropuerto, no habría vuelto tan pronto a casa.*

*En este momento tiene pensamientos pseudo-filosóficos/de trascendencia del tipo “los árboles no se cayeron” (lo repite como un mantra), “las construcciones del hombre son vulnerables pero los árboles permanecieron...”, “Y después de sobrevivir los árboles a tanta destrucción*

*vienen los soldados y los cortan para aterrizar los helicópteros...”, “los indios de la selva tienen condiciones de vida más difíciles y no se quejan ni sufren como yo...”, “No comprendo por qué me siento así habiendo pasado y vivido tantas experiencias en otros países y situaciones, como el accidente en la selva...”, “Yo soy una persona competente y muy profesional y no entiendo porque en este nuevo empleo no me aceptan...”, “siento que he abandonado a los haitianos y que yo debería estar allí...”, “las personas solo se interesan por el morbo”...*

*Está triste; irritable; le duele la cabeza de vez en cuando; las imágenes le asaltan sin que ella quiera; vuelve a sentir miedo y hasta tiembla de frío cuando le vienen estos pensamientos; no pone la televisión ni compra el periódico para no ver noticias relacionadas con el terremoto; intenta apartar los recuerdos desagradables y pensar en otra cosa; no quiere hablar de lo ocurrido con nadie, cree que no la comprenderían; evita salir con amigos y conocidos para que no le pregunten; siente como si estuviera en medio de una pesadilla o viviendo algo irreal que no ha pasado; cuando ve ciertos detalles durante el día le recuerdan escenas vividas aquellos días en Haití; los ruidos fuertes la sobresaltan exageradamente y se asusta; tiene pequeñas lagunas de memoria en donde los hechos están confusos; intenta entretenerse leyendo pero se queda frecuentemente abstraída y no consigue mantener la atención; siente un cierto embotamiento emocional en donde las personas le resultan como lejanas; no le interesan las cosas de la vida diaria; come poco y mal, a deshoras; duerme mal, despertándose varias veces durante la noche y no pudiendo permanecer dormida más de 6 horas; tiene pesadillas de persecución y de estar de vuelta en Haití; siente que ha abandonado a los haitianos y que su obligación sería estar allí aunque reconoce que tal y como se siente ahora mismo no podría ayudar; ve el futuro como muy desesperanzador o al menos muy difícil; cree que se está volviendo loca.*

*Acciones realizadas:*

*Durante el relato refuerzo con lenguaje verbal y no verbal todas aquellas conductas en donde se comportó de forma adecuada. Normalizo los sentimientos negativos que sintió destacando lo valiente de su comportamiento a pesar de las circunstancias y el no dejarse vencer por dichas sensaciones tan negativas e invalidantes para la mayoría de nosotros. (se sorprende, pues está convencida de no haber sido en lo absoluto competente para su forma habitual de actuar).*

*Le produce un gran alivio cuando le normalizo los síntomas y le explico que lo que está pasando son reacciones normales que muchas personas experimentan en distinta medida después de sucesos traumáticos. Le presento incluso una fotocopia en la que aparecen las reacciones habituales en situaciones de crisis y al verlo escrito previamente le sorprende y tranquiliza pues se ve reflejada en ellos, y estaba convencida que lo suyo era único y muy raro, y no se reconocía con estas sensaciones; de ahí su convencimiento de estarse volviendo loca.*

*Le doy pautas para los próximos días en cuanto a las actividades de la vida diaria, higiene del sueño y la alimentación, búsqueda de apoyo en familia y amigos. Que si no quiere hablar con ellos sobre lo que pasó que no hace falta pero que quede para otras actividades de entretenimiento y esparcimiento. Puede intentar escribirlo (en la tercera sesión comentó que se ha estado escribiendo con amigos que están en Haití que ya habían recuperado las comunicaciones por internet y hablado sobre el terremoto y los días posteriores. El hablar con ellos le hacía sentirse mejor comprendida).*

*Ella conocía técnicas de relajación y respiración por lo que le recomiendo que lo haga a diario (para bajar la activación).*

*Le doy cita para una segunda sesión pasadas dos semanas pero que si cree que los síntomas no van bajando o se encuentra peor que me llame y la cito para antes. (Pasados unos días le hago una llamada telefónica para ver cómo se va encontrando).*

*En las siguientes sesiones vamos revisando los avances realizados, tratamos la sintomatología que más le incomoda, las evitaciones que está haciendo para que se exponga a ellas poco a poco; vemos posibles sentimientos de culpa por no haber hecho más por otras personas y el haberse marchado, repasando sus creencias con respecto a su actuación en todo momento buscando alternativas, constatando que hasta en “frio y con tiempo para pensar y decidir” no se podía hacer otra cosa que mejorase sustancialmente lo hecho por ella; incluimos los temas de su trabajo, y prevemos posibles situaciones estresantes a su vuelta y como abordarlas.*

*Pasadas 4 sesiones (6 semanas) evaluamos su franca mejoría. Le sugiero que acuda al psiquiatra para que le recete medicación que le ayude a enfrentarse a las posibles nuevas situaciones de estrés de su trabajo dado que lo que le conviene en este momento es mantener una cierta estabilidad (no quiere bajo ningún concepto). Tiene el alta y se reincorpora a su trabajo, en principio aquí pero con intención de regresar a Haití en breve para hacerse cargo de proyectos de reconstrucción que su empresa está confeccionando en este momento.*

(Anexo 2)

F43.0 Criterios para el diagnóstico del Trastorno por estrés agudo (308.3)

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

**1.** La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

**2.** La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

**B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

**1.** sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

**2.** reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)

**3.** desrealización

**4.** despersonalización

**5.** amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

**C.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

**D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

**E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

**G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

**H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve-

## **Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

**B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar 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. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos 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. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades 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 3 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.

(Anexo 3)

## **EL TRATAK** **Meditación y concentración**



Con todas las tensiones que conlleva la vida actual tendemos a dispersarnos, a dispersar nuestras energías mentales de forma que nuestra mente no está concentrada.

Nuestros pensamientos vienen sin “avisar”, desconcentrándonos de la tarea que nos interesa en ese momento.

**El tratak es una técnica de visualización y concentración en el Ajna chakra (centro de energía situado entre los dos ojos justo encima de la hipófisis, en la zona denominada médicamente neurohipófisis).**

Esta técnica se enseña en la mayoría de los casos utilizando la llama de una vela; la razón de utilizar la llama de una vela es que se mira durante unos minutos para después visualizarla, dejando ésta una impresión postretiniana que dura unos segundos y ayuda a la persona en el proceso de visualización.

Lo que ocurre con la práctica del tratak, es que sin concentrarnos desarrollamos la capacidad de concentración. Cuando miramos la llama de una vela dirigimos nuestra atención a la llama, después cerramos los ojos y visualizamos la llama.

Cuando se realiza la visualización adecuada, tener la certeza de que todas vuestras energías mentales están focalizadas. Porque sin visualización o simplemente mirando la llama, todavía tendréis todo tipo de pensamientos, pero cuando hay la visualización adecuada, aunque los pensamientos estén ahí, vosotros estáis separados, a parte de los pensamientos. Nos re focalizaremos más fácilmente en el punto de la imagen retiniana de la llama, lo que ayudará a la práctica de la concentración.

***Cuando vienen los pensamientos, en la meditación con mantra volvéis al mantra y en la vela volvéis a la llama.***

EL propósito de la meditación con tratak es traer todas las energías dispersas de la mente y llevarlas a un punto focal y esto es muy práctico en la vida cotidiana.

### ***Instrucciones***

1. Nos situamos en un lugar con poca o ninguna luz.
2. Colocamos y encendemos una vela enfrente de donde nos vayamos a sentar de forma que nos quede aproximadamente a la altura de los ojos.
3. Comenzamos a mirar fijamente la llama de la vela sin pestañear hasta que nos resulte algo molesto a los ojos. En ese momento los cerramos y los mantenemos cerrados aproximadamente el mismo tiempo que los hayamos mantenido abiertos.
4. Durante todo el proceso, tanto cuando tengamos los ojos abiertos como cuando los tengamos cerrados debemos mantener la mente concentrada en la vela (cerrados en la imagen retiniana de la vela).

## 6. BIBLIOGRAFIA

- **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (1994). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>a</sup> ed.) (DSM-IV). Washington, DC:APA,1994.
- **AJA ESLAVA, L.;** Pontificia Universidad Javeriana : "Intervención en Crisis" (Bogotá) (2009).
- **BENTOLILA, S. Dra. :** "Consideraciones clínicas de los trastornos asociados a experiencias traumáticas" Mod.I (Dispositivos de Intervención de Salud Mental en Emergencias y Catástrofes).
- **BENVENISTE AD. ;** "Intervención en crisis después de grandes desastres." Trópicos. Revista de Psicoanálisis. 2000; 1(1): 137-48.
- **BRONFENBRENNER, URIE:** "La ecología del desarrollo humano : experimentos en entornos naturales y diseñados" Ediciones Paidós Ibérica, (2002), 346p ISBN 10: 84-493-1086-5
- **BRONFENBRENNER, URIE :** "Contexts of child rearing :problems and prospects". American Psychologist, (1979). vol. 34, n.10,pp. 844-850.
- **CAPLAN, GERALD.** " Principles of Preventive Psychiatry". Publisher: Basic Books. New York. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós (1978).*
- **CAPLAN, GERALD** "Aspectos preventivos en salud mental " Ediciones Paidós Ibérica, S.A. (1993) ISBN84-7509-947-5
- **CARBONELL , C.G.:** "Trastorno por estrés postraumático: clínica y psicoterapia Rev. chil. Neuro - psiquiatría. v.40 supl.2 Santiago nov. 2002 ISSN 0717-9227
- **CAZABAT, EDUARDO H.:** "Nuevos abordajes psicoterapéuticos en el tratamiento del Trauma" Psiquiatría.com
- **COHEN, RAQUEL E.:** "Lecciones aprendidas durante desastres naturales:"1970-2007. Rev. perú. med. exp. salud publica, (2008), vol.25, no.1, p.109-117. ISSN 1726-4634.
- **COHEN RE Y AHEARN FL.** *Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres.* México: HARLA, 1990.
- **COSTA, M., Y LÓPEZ E. (1986):** *Salud comunitaria. Barcelona, Martínez Roca.*
- **COSTA MARCÉ, A. ; BLANCO, M. DE GRACIA:** "Debriefing y tria psicológica en intervención en crisis: una revisión" Revist. Psiquis, 2002; 23(5): 198-208.
- **DU RANQUET, MATHILDE:** "Los modelos en trabajo social" ed.: Siglo XXI (1996)ISBN 13: 9788432309403.
- **DUQUE, F.; MALLO, M.; ALVAREZ, M.** "Superando el trauma. La vida tras el 11-M". Madrid, N° Edición:1ª Barcelona La Liebre de Marzo (2007) ISBN: 9788487403934
- **DUQUE, F.;** *Impacto Psicológico*". Cuso Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes. ENPC ESPAÑA. (Nov.2009).
- **ECHEBURÚA, E. Y DEL CORRAL, P. (1998).** "Trastornos del estrés postraumático" .En Manual de terapia de conducta. Dykinson. Madrid.
- **ECHEBURÚA, E:** "Superar un trauma". Madrid: Piràmide. (2004).
- **ERIKSON, ERIK;** "El ciclo vital completado", Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. (2000). ISBN 84-493-0939-5.
- **EVERLY GS JR, MITCHELL JT.** "Critical incident stress management (CISM): a new era and standard of care in crisis intervention." 2nd ed. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation; (1999) 2 vol.
- **FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RODRÍGUEZ VEGA, B.:** "Intervención en crisis" Editorial Síntesis, S.A. ISBN 10: 84-7738-950-0. (2002).
- **FOA E.; KEANE T.; FRIEDMAN, M.:** "Tratamiento del Estrés Postraumático"; Ediciones Ariel, 2003 (págs. 16-31).
- **GARCÍA RAMOS, J. C.:** "Modelo para Intervenir en Crisis. Enfoque Terapéutico de Urgencia y Breve"
- **GARCÍA FELIPE E.** Universidad de las Américas y Universidad Pedro de Valdivia, (Chile) ; **MARDONES, RODRIGO** Universidad de Las Américas, (Chile) (14 mayo 2010) "Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa.
- **GROTBORG, EDITH H., Ph.D.** Senior Scientist "The International Resilience Project: Research and Application", Civitan International Research Center, UAB (1996).
- **GROTBORG, EDITH Y SUAREZ OJEDA, ELBIO N.:** "Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano"; Fundación Bernard Van Leer, La Haya, (1996).
- **HOLLING, CS. & MEFFE, GK.** (1996). "Command and Control and the pathology of natural resource management". *Conservation Biology* 10: 328-337.
- **HOROWITZ, M.J** (2001). *Stress response syndromes.* Northvale, NL: Jason Aronson.

3ª Edición. RC552.P67 H67 2001

- **KAPLAN Z, IANCU L, BODNER E.**: “A review of psychological debriefing after extreme stress”. *Psychiatr Serv.* 2001; 52 (6): 824-7.
- **LABRADOR, F.J.** (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control.* Temas de hoy. Madrid.
- **LABRADOR, F. J. Y CRESPO, L.** (1.993). *Estrés, trastornos psicofisiológicos.* Eudema. Madrid.
- **LAZARUS, ARNOLD A.** *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa.* Bilbao: *Desclée de Brouwer [2000] Páginas:167 ISBN:8433014676.*
- **LAZARUS, R. Y FOLKMAN, S.** (1984) “*Estrés y procesos cognitivos*” (Richard S. Lazarus, Susan Folkman); traducción de María Zaplana; revisión y prólogo de Manuel Valdés Publicación: Barcelona : Martínez Roca, D.L. 1986 468 pag.; 23 cm ISBN: 8427010133.
- **LEAL, L. LEAL, I. Y PADILLA, D.** Cuadernos de Crisis Vol. 7 Num.2 “*Resiliencia, herramienta para el desarrollo humano*”(2008) ISSN 1698-4099.
- **LEWIS, S & ROBERTS, A.R. (2002):** “*Crisis assessment tools: The good, the bad and the available, Brief treatment & Crisis Intervention, 1, 17-28,*
- **LINDEMAN, E.** “*Symptomatology and Management of Acute Grief*”, a paper on Post-Traumatic Stress Disorder . published in September 1944.
- **MEDINA AMOR, J.L:** “*Trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo : evaluación clínica, psicofisiológica y pericial*” UCM (2005) ISBN 10: **84-669-2070-6**
- **MEDINA AMOR, J.L:** “*Resiliencia: Resistir y Recuperarse*”. Curso Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes”. ENPC España. (Oct. 2009).
- **MEDINA AMOR, J.L:** “*Resiliencia individual y comunitaria*” Taller Curso Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes”. ENPC España. (Oct. 2009).
- **MOOLI LAHAD,** Community Stress Prevention Centre, Kiryat Shmona,” *Basic ph - the story of coping resources*”
- **MITCHELL, JT.** “When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process.” *JEMS.* (1983).
- **PÉREZ-SALES, PAU:** “*Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario*” Átopos.
- **PACHECO TABUECA, T:** “*Intervención Psicosocial en crisis en emergencias extrahospitalarias*” SAMUR-PC (Feb.2007).
- **PARADA TORRES, E.:** “*Aplicación del Counselling Tras Situaciones Críticas*” *Psicología y emergencia : habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia,* Editorial Desclée de Brouwer, S.A.(2010) ISBN 13: 978-84-330-2272-1
- **PAYNE, MALCOLM.:** “**Teorías Contemporáneas del Trabajo Social.** Una introducción Crítica. Ediciones Paidós.
- **PENNEBAKER,J.**(1990): *Opening Up.* New York: Morrow and Co.
- **PENNEBAKER,J.W.-BARGER,S.-TIEBAOUT,J.**(1989): “*Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors*”. *Psychosomatic Medicine,* 51, 577-584.
- **PERREN-KLINGLER G.:** “Debriefing, modelos y aplicaciones”, Instituto Psychotrauma Suisse; Edición Española, 2003.
- **PHARES E. JERRY Y TRULL. TIMOTHY J.:** “*Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica*”. 2ª Edición. México: Manual Moderno. 1999. 620 páginas.
- **RAPPAPORT, J.** (1977): *Community Psychology: Values, research and action.* Nueva York, Holt, Rinchart and Winston
- **RIBAS, JOAN; MORA, EDUARD; UGAS, LIDIA; CASAUS, PILAR; PUIGDEVALL, MARGARIDA; PEÑA, JOAN; GARCÍA, XAVIER:** “*Intervención psicológica y psiquiátrica en emergencias. Propuesta de un modelo de actuación*” *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002;29(4):241-248,
- **ROBLES SÁNCHEZ, J.L: MEDINA AMOR, J.L.:** “*Intervención psicológica en las catástrofes*” Editorial Síntesis, S.A. (2003) ISBN 13: 978-84-9756-040-5 ISBN 10: 84-9756-040-X .
- **ROBLES SÁNCHEZ, J.L: MEDINA AMOR, J.L.:** “*Manual de salud mental en desastres*” Editorial Síntesis, S.A. (2008) , ISBN 13: 978-84-9756-598-1.
- **ROBERTS, A.R.:** “*An overview of crisis theory and crisis intervention*” A.R.Roberts (Ed.) *Crisis intervention handbook* (pp. 3-16) Belmont, CA: Wadsworth.
- **ROBERTS, A.R.:** “*Crisis Intervention Handbook: Assesment, treatment and Research*”.3ra. Ed.Oxford University Press.ISBN 13: 978019-517991-0 ISBN 0-19 517991-9.
- **RUTTER, M.** (1985). *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder.* *British Journal of Psychiatry,* 147, 598- 611
- **RUTTER, M.** “*Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*” Editores: Salvat Editores (1985) ISBN: 84-345-2143-1

- **RUTTER, M.:** “*Resilience: Some conceptual considerations*”. Journal of Adolescent Health, 14, 626-631. (1993)”.
- **SELYE, H.:** “*The stress of life*”. (New York) Mc Graw Hill
- **SHAPIRO, FRANCINE ; FORREST, MARGOT SILK :** “EMDR : una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas “ Editorial Kairós, S.A. (2008) ISBN 13: 978-84-7245-673-
- **SLAIKEU, K.A.:**” intervención en crisis: manual para la práctica y la investigación” (2ª edición). (1999).
- **SLAIKEV, K.A.:** “Intervención en crisis. Manual Moderno”. (1984). México: el manual moderno.
- **SOLOMON I GREEN,:** “Mental health effects of natural and human-made disasters”, PTSD Research Quarterly 1992, v.3, nº1, pp.1-3.
- **SWANSON, W.C. & CARBON, J.B.:** “*Crisis Intervention: Theory and technique*”. Taskforce report of the American Psychiatric Association: Treatments of psychiatric disorders. Washington, D.C. APA Press, (1989).
- **TRULL, T. J.; PHARES E. J.** “*Psicología Clínica*” Paraninfo (2002) 580 páginas ISBN: 9706861106
- **VALERO, S. :** “*psicología en emergencias y desastres*”. lima (perú): san marcos. (2002)
- **WOLIN, :** “teoría del desafío y los siete pilares de la resiliencia” (1999)
- **WORDEN, J. WILLIAM:** “[El tratamiento del duelo : asesoramiento psicológico y terapia](#)” (2002) [Ediciones Paidós Ibérica, S.A.](#) ISBN 13: 978-84-493-0465-1 ISBN 10: 84-493-0465-2

Otros Recursos:

- **Cuadernos de Crisis:** Revista semestral de la Psicología de las Emergencias y de la Intervención en Crisis.
- “**Intervención Psicosocial en Situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes**” Posgrado de la Universidad Autónoma de Madrid, en colaboración con Cruz Roja Española de Madrid.
- Diversas páginas de **Internet** (psicodoc, psicología online, psiquiatras.com, etc.).

