



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA PSICOLOGÍA**

**“INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER  
ORDEN PARA ORIENTAR LA  
CO-RUMINACIÓN HACIA ACCIONES  
CONCRETAS”**

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

RAÚL RÍOS ROBLEDO

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: Lic. Jorge Arturo Manríque Urrutia

COMITÉ: Mtro. José Alberto Monroy Romero

Lic. Sara Guadalupe Unda Rojas

Mtro. Edgar Pérez Ortega

Lic. Jorge Ignacio Sandoval Ocaña



México, D.F.,

febrero, 2010.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# DEDICATORIA Y MANIFIESTO DE GRATITUD

## Pily y Licy

Dice García Márquez que *la vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla*. Nosotros vivimos para *contarla*, tenemos la oportunidad de descubrir el cambiante lenguaje de la vida en cada momento de la existencia.

Lo que importa no es tanto la vida como dato, sino la interpretación y significación que demos de ella. Gracias a ustedes, este momento profesional tiene para mí una interpretación y una significación muy especial.

La vida no se trata únicamente de lo que uno vivió, sino de con quien lo vivió y a quién lo conto. Y es maravilloso que los tres hayamos coincidido en espacio y tiempo.

# Índice

<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y SOCIAL</b>	<b>6</b>
<b>1. BREVE REFLEXIÓN SOBRE EL CONTEXTO ACTUAL DE MÉXICO Y LAS IMPLICACIONES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.</b>	<b>6</b>
<b>2. BREVE RESEÑA PARA UBICAR LAS PSICOTERAPIAS DE CORTO PLAZO EN EL CONTEXTO MEXICANO</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO II CO-RUMINACIÓN E INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN</b>	<b>26</b>
<b>1. CO-RUMINACIÓN: DISCUSIÓN EXCESIVA DE PROBLEMAS</b>	<b>26</b>
<b>2. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN</b>	<b>29</b>
<b>3. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS BASE DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN</b>	<b>31</b>
<b>4. EL CARÁCTER SISTÉMICO DEL MODELO AMPLIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>	<b>34</b>
<b>ANÁLISIS</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>47</b>

**INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN PARA ORIENTAR  
LA CO-RUMINACIÓN HACIA ACCIONES CONCRETAS**

*Resumen*

---

Se propone la intervención de primer orden como estrategia que permita orientar la verbalización excesiva de los problemas (co-ruminación) hacia acciones concretas. Se analiza la posibilidad de dar sentido a la co-ruminación y concretar este proceso de verbalización excesiva en acciones útiles, a través de la técnica de solución de problemas como estrategia de intervención. Se advierte la carencia de sustentos empíricos que permitan determinar si existe relación entre la excesiva verbalización de los problemas y la retroalimentación, para profundizar el conocimiento sobre la co-ruminación. Como propuesta de línea de investigación se sugiere explorar sobre esta incógnita.

**Palabras Clave:** Intervención de primer orden, co-ruminación, acciones concretas, verbalización excesiva, solución de problemas.

**INTERVENTION IN CRISIS OF FIRST ORDER TO ORIENT  
THE CO-RUMINATION TOWARDS CONCRETE ACTIONS**

*Abstract*

---

The intervention of first order like strategy sets out that allows to orient the excessive verbalization of the problems (co-rumination) towards concrete actions. The possibility is analyzed of giving sense to the co-rumination and of making specific this process of excessive verbalization in useful actions, through the technique of solution of problems like intervention strategy. The empirical sustenance deficiency is noticed that allows to determine if relation between the excessive verbalization of the problems and the feedback exists, to deepen the knowledge on the co-rumination. As proposal of line of investigation is suggested to explore on this incognito.

**Key words:** intervention of first order, co-rumination, concrete actions, excessive verbalization, solution of problems.

## Introducción

En la coyuntura nacional actual, donde ya ni siquiera, el sueño humanista de procurar un desarrollo pleno e integral de la persona, sino el respeto a los derechos fundamentales para el desarrollo mínimo de la persona, está supeditado a los intereses económicos y de poder. Intereses que ni siquiera son los propios, es decir, los nacionales, sino los del extranjero, concretamente los del país vecino del norte. Las terapias de corto plazo cobran destacada importancia y más aún los programas de prevención primaria, que por sí mismos son preferibles, según el modelo de Leavel y Clark (1965).

En general, la psicología mexicana continúa presentando los dos grandes problemas, que Gómez (1986), ha destacado. El desacuerdo generalizado respecto al objeto de estudio al interior de la propia disciplina y el desconocimiento del quehacer del psicólogo, hacia el exterior. Y en lo particular, el papel elitista que según Martín-Baró (1989), a desempeñado la psicología clínica.

El presente trabajo tiene por objetivo, presentar la intervención en crisis de primer orden como alternativa para orientar la co-ruminación o verbalización excesiva hacia acciones concretas. Esta intervención, que se realiza por la persona disponible en el momento de la crisis, y que en escasas ocasiones suele ser un psicólogo, corresponde a la atención de primera instancia del modelo amplio de intervención en crisis propuesto por Slaikeu (2000).

Se considera que es posible que los beneficios de la intervención en crisis de primer orden, tengan alcances más allá de los primeros auxilios psicológicos, en tanto que simultáneamente se está entrenando a la persona en la técnica de solución de problemas. Y de esta manera la intervención en crisis de primer orden, también estaría jugando un papel de prevención primaria.

Existe en las personas la necesidad de integrar las experiencias a la trama de vida. Este proceso es continuo, pero mediato, varía en lo individual y en la diversidad de las circunstancias. Cuando la experiencia tiene una carga emocional alta, resulta más difícil la asimilación y la acomodación, por decirlo en términos piagetianos. Según Rose y Cols. (1999; 2004; 2006; 2007), las personas habitualmente intentan esta integración a través de la revelación verbal de sus experiencias, sin embargo, esta tiende a hacerse excesiva y entonces, además de sus beneficios, presenta un costo (la internalización de los síntomas). Rose y Cols. (2002), han denominado co-ruminación a este proceso.

La premisa central que se plantea en este trabajo, es que la necesidad de revelación verbal excesiva, está asociada con la carencia de retroalimentación. La persona que no logra integrar su experiencia, se encuentra en estado de exacerbación. Y la frecuencia de la revelación verbal se incrementa porque no llega la retroalimentación del exterior. Concretamente, porque la persona a quien se le están revelando las experiencias, no conduce hacia acciones concretas. Se piensa que con la intervención en crisis de primer orden (primeros auxilios psicológicos), además de los beneficios que menciona Slaikeu (2000), se estaría educando o entrenando en solución de problemas.

Se plantea la posibilidad de que con la intervención en crisis de primer orden, sea factible que quien proporcione los primeros auxilios psicológicos, logre guiar la revelación verbal excesiva o co-ruminación hacia acciones concretas, a través de la técnica de solución de problemas. Aunque también se advierte que la co-ruminación, puede ser un síntoma de algún problema emocional o un rasgo de personalidad, y que por tanto, amerita otro nivel de explicación. Y que en ciertos casos, quizás se requiera de atención psicoterapéutica.

Se reconoce la existencia de ciertos aspectos sobre la co-ruminación, que aun no han sido profundizados, en especial aquellos que permiten comprender cómo opera este “proceso de adaptación”. Y otros sobre su naturaleza, tal es el caso de la diferenciación que hacen Rose y Cols. (2007), entre *rumiación* y *co-ruminación*.

Se advierte que quizás se trate del mismo proceso, o concretamente, de diferentes momentos del mismo. Sin embargo, se carece de sustentos empíricos para sostener dicha afirmación. Por tal razón se sugiere línea de investigación para determinar si existe relación estadísticamente significativa entre la revelación verbal excesiva y la carencia de retroalimentación.

# CAPÍTULO I

## Fundamentación Teórica y Social

### ***1.- Breve Reflexión Sobre el Contexto Actual de México y las Implicaciones en la Psicología Clínica.***

A veinte años de las publicaciones de Ignacio Martín-Baró (1985; 1986; 1987; 1988; 1989), sus observaciones y en general, su pensamiento, continúa vigente. A México y al resto de América Latina les une una historia de dominio, saqueos y represión; tienen además en común, vivir bajo el yugo de los Estados Unidos. Para esta región de América, se continúan minimizando las alternativas de progreso, equidad y justicia social.

El esquema predominante a nivel mundial de la economía globalizada, ha tenido para los países en desarrollo, entre ellos México, cuando menos, dos implicaciones de impacto general. La primera es la ineludible dependencia económica local de la economía de los países avanzados. Y la segunda, las consecuentes limitaciones de esa dependencia, que imposibilitan el desarrollo local, así como la implementación y articulación de políticas de desarrollo social.

Estas dos limitaciones se suman a la configuración local que caracteriza a cada nación, en el caso de México, su historia de dictaduras, la ineficacia de sus tres

poderes, la acentuada corrupción en todos los niveles y la historia del providencialismo Paoli Bolio (1988).

En México, la reforma energética y las políticas inadecuadas en materia de energía, el terrorismo, el narcotráfico, el deterioro institucional y de la democracia institucional a partir de los conflictos electorales del 2006; las reformas a la Ley del ISSSTE y la colapso gerontológico que se avecina; las inadecuadas reformas a la Ley Electoral, son entre muchos otros, los problemas más acentuados, además de los cotidianos como el desempleo, el bajo poder adquisitivo del salario, la inseguridad, y la falta de credibilidad, entre muchos otros.

Sin “psicologizar”, este contexto político, económico y social, tiene también y desde luego, implicaciones en el ámbito psicológico. Nada es fortuito, el índice delictivo, el incremento de la violencia intrafamiliar y los suicidios, no se presentan por generación espontánea durante las crisis económicas; el psicólogo mexicano, tiene que articular su desempeño en torno a este contexto.

Es necesario reorientar la actual Psicología hacia las causas de las mayorías populares, ya que como menciona Martín-Baró (1988), el proceso de ideologización que se da en los países latinoamericanos deja sin alternativas a la vida social. Hay que liberar a la Psicología de aquellos esquemas, tan profundamente introyectados, que la convierten en una *ideología de recambio*, sumisa a los imperativos concretos de las fuerzas sociales dominantes (Martín-Baró, 1985; Montero, 1987).

Es innegable que a través de sus más de 130 años, la Psicología científica ha dado grandiosos frutos y muchos de éstos han tenido importantes aplicaciones sobre todo en las sociedades occidentales. Pero cierto es también, que la relevancia que ha tenido en los países latinoamericanos, concretamente en las mayorías oprimidas, es menos notoria, pues dados los condicionamientos históricos del surgimiento histórico-social de las ciencias psicológicas, con notables excepciones, el psicólogo y la Psicología han permanecido al margen de los problemas y conflictos de las mayorías populares. Se han atendido fundamentalmente cuestiones de crecimiento de grupos minoritarios y excluido de las tareas las necesidades de supervivencia, porque además ni siquiera se sabe cómo enfrentar los problemas de la mayoría de la población latinoamericana (Martín-Baró, 1989).

En el marco del pensamiento de Martín-Baró (1989), la Psicología nacional presenta problemas en tres aspectos: 1) **teórico** o carencia de una teoría convincente, que asuma la historicidad de los procesos; 2) **metodológico** o no utilizar realmente el método de investigación-acción, como muchas veces se presume y la necesidad de optar por una concepción multivariable que permita articular elementos históricos, ideológicos, culturales, individuales y colectivos; y 3) **aplicación** o falta de relevancia social.

Sobre este último aspecto, señala Martín-Baró (1985), que un examen objetivo de lo que en realidad está aportando la Psicología en la actualidad, sobre todo en el medio latinoamericano, fácilmente, llevaría a la indeseable conclusión de que la Psicología y

los psicólogos actuales están siendo un instrumento más de los poderes establecidos y que sus análisis e interpretaciones se limitan a cumplir una función de engrase social:

*"...En el mejor de los casos la labor del psicólogo carece de trascendencia social alguna, en el peor, su quehacer parece enfocado a hacer realidad el dicho del gatopardo: que algo cambie para que todo siga igual." (Martín-Baró 1985, p. 9)*

De esta manera, agrega el autor en referencia, se da la triste paradoja de que siendo la Psicología una profesión que supuestamente está orientada a liberar al individuo de sus lastres y a potenciar su desarrollo y plenitud personal, en la práctica sólo sabe cumplir sus funciones afianzando los mecanismos de enajenación social. Liberar al individuo afirmando las estructuras sociales de represión, constituye un proceso de pseudoliberación, sólo posible donde impera una falsa conciencia, es decir, mediante la negación de la conciencia de clase:

*"En nuestros países latinoamericanos, esta última paradoja se vuelve extrema, pues los sectores que alcanzan el desarrollo son en conjunto minoritarios, mientras las mayorías populares se debaten en la miseria y la brecha entre unos y otros se ahonda cada vez más. La consecuencia lamentable de esta situación es que [...] la Psicología y los psicólogos latinoamericanos nos limitamos a servir a las minorías pudientes [...] mientras ni podemos —ni las más de las veces siquiera sabemos— enfrentar desde la Psicología los problemas de las mayorías populares." (p. 53).*

Ciertamente es factible observar lo señalado por Martín-Baró (1985), cuando menos en dos áreas de la psicología, más próximas al tópico del presente trabajo, tal es el caso, de la psicología educativa y clínica.

A pesar del influjo que ha tenido la Psicología en la educación escolar, también ha ayudado a darle un carácter científico, contribuyendo de esta manera a ideologizar el proceso selectivo que de hecho cumple la escuela en los países latinoamericanos. Esta selección que discrimina en perjuicio de los sectores mayoritarios, desde luego no es consecuencia directa ni de la escuela educativa, mucho menos de la Psicología educativa, sino de su enraizamiento en las estructuras socioeconómicas altamente discriminatorias:

*"El problema estriba en que la pirámide social va siendo de hecho reflejada en las pruebas de selección y rendimiento, atribuyéndose a la capacidad, y motivación de las personas los resultados y logros que, en gran medida derivan de su pertenencia social y sellando con aval científico de la Psicología, lo que es consecuencia de la desigualdad socioeconómica..." (pp. 86-87).*

Tal es el caso del Examen Único de Selección para la Educación Media Superior. Nadie duraría de la efectividad del instrumento, y en tal caso, el examen no es lo que se cuestiona, sino el proceso mismo de selección que somete a evaluación los productos del aprendizaje o aprovechamiento como atribuibles a los alumnos, cuando en realidad

las variaciones en la prueba son variaciones producidas por la heterogeneidad de condiciones en las que se da el proceso de aprendizaje.

A través de la educación, la Psicología puede contribuir a la desideologización para desenmascarar la injusticia del orden social establecido. Adviértase que es precisamente a través de la educación escolar, dada su función socializadora, donde puede generarse el cambio, pero también hay que reconocer que dicha función puede jugar un doble papel: concientizar sobre el sistema social, o lo contrario, desconcientizar de la clase social. El compromiso del psicólogo es buscar que la educación cumpla el primer papel.

En la Psicología clínica, la situación no ha sido diferente, desde luego tampoco son menos los progresos. Pero lamentablemente como apunta Martín-Baró (1989), el área clínica se ha convertido en la parte más elitista de la Psicología, pues ni los progresos en la terapia grupal, ni la Psicología comunitaria han sabido cómo abordar los problemas que —sin psicologizar— tienen su origen en el sistema social, en la desigualdad. Advierte Martín-Baró que los progresos en esta área no se han hecho extensibles a las clases más desposeídas, no porque el psicólogo permanezca insensible al sufrimiento de los oprimidos, sino porque no ha sabido cómo hacerlo. El psicólogo clínico advierte estos problemas, incluso en su proceso de formación (véase Villeda Torres, 1994), pero no ha sabido cómo articularlos en sus interpretaciones y la mayor de las veces se conforma con señalarlos.

En el ámbito de la psicología clínica y desde una perspectiva localista, con todas sus limitantes que esta visión implica. Es necesario atender los “problemas de salud mental”, mismos que en su mayoría se gestan como productos de la articulación entre los procesos políticos, económicos y sociales. Atender esos impactos con una psicología nacional, árida e incipiente, que no ha logrado hacer frente a ese complicado contexto nacional, caracterizado por una acentuada y generalizada marginación sobre las mayorías.

Dadas las particularidades del contexto mexicano que se han comentado, en este trabajo se considera pertinente propugnar un esquema de atención constituido predominantemente por programas de prevención y terapias de corto plazo. Se presupone que a partir de estos dos elementos de atención es factible lograr una psicología clínica con mayor sensibilidad social, más comprometida con las mayorías marginadas.

## ***2.- Breve Reseña para Ubicar las Psicoterapias de Corto Plazo en el Contexto Mexicano***

La psicoterapia cognitiva constituye en la actualidad uno de los enfoques terapéuticos más útiles para multitud de trastornos psicológicos. Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a. c al 180 d. c) y de las religiones orientales budista y taoísta.

La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien

supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas por otros filósofos estoicos griegos (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y romanos (marco Aurelio, Séneca y Cicerón). También la religión fundada por Buda (556 a. c) se basaba en el dominio del sufrimiento personal mediante el manejo de las pasiones. Para alcanzar el estado de insensibilidad e indeterminación total (nirvana) había que manejar los falsos juicios del sujeto, contruidos en su pensamiento y actitudes.

La tradición cognitiva es continuada ya en el siglo XX por dos importantes psicólogos clínicos: Alfred Adler y George Kelly.

Es Adler (1993), quien verdaderamente crea un método de terapia cognitiva estructurado (aunque no exactamente similar a la terapia cognitiva actual) basado en la concepción de los trastornos psicológicos como problema derivado de la forma en que las personas buscan sus metas o propósitos en la vida, generalmente inconscientes y estructuradas mentalmente mediante guiones, esquemas o estilos de vida personales.

Se puede considerar a Kelly (2001) como un teórico y clínico muy adelantado a su época. Cuando en los años 50 y 60 las teorías predominantes en el terreno de la personalidad y la psicoterapia eran las teorías psicoanalíticas, del aprendizaje y de los rasgos de personalidad, este autor, prácticamente en una posición marginal de la psicología, generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal. Su tesis central es que las personas miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías

cognitivas, los llamados "constructos personales". Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y construir la experiencia del sujeto. La terapia consistiría en una revisión de los constructos empleados por el paciente que se han convertido en disfuncionales y ayudarlo a formular nuevos constructos más funcionales.

A partir de los años 60's en el campo de la modificación de conducta tanto en su vertiente teórica tradicional (psicología del aprendizaje) como en su vertiente práctica clínica (terapia de conducta) van apareciendo de modo progresivo una serie de objeciones a las limitaciones del paradigma conductista tradicional. Estas objeciones se concentran en la insuficiencia de los modelos del aprendizaje puramente conductistas para explicar la conducta humana, así como la insuficiencia de los métodos de condicionamiento para modificar fenómenos complejos disfuncionales como el pensamiento, las actitudes y el lenguaje de los pacientes.

El resultado inmediato de las anteriores limitaciones en el campo de la modificación de conducta es la inclusión de las teorías y procederes de las terapias cognitivas, dando lugar a la llamada terapia cognitiva-conductual.

Lazarus (1983; 1985; 1986; 1987) crea una terapia cognitiva-conductual llamada "terapia multimodal" en la década de los 80. Este autor a pesar de su vinculación inicial a la terapia de conducta, no se consideró en ningún momento un conductista radical (Lazarus, 1983) y pronto advirtió las propias limitaciones de la terapia o modificación de conducta más tradicional. Fundamentalmente, ya en su obra: *"Mas allá de la terapia de*

*conducta*" (Lazarus, 1971), plantea la necesidad de adaptar la terapia a las características personales del individuo en cuestión, el análisis de la demanda de tratamiento (sobre la base de las expectativas, necesidades del paciente, actitudes personales y aspectos socioculturales) y el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de casos. Las modificaciones que hizo a la terapia de conducta dió lugar a la llamada *terapia multimodal*.

La terapia multimodal es una terapia ecléctica técnicamente hablando, y una terapia cognitiva-conductual teóricamente considerada. El procedimiento multimodal se centra en buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular. Para ello analiza las características de cada caso en siete modalidades o dimensiones interrelacionadas en una especie de sistema global de funcionamiento personal. El tratamiento multimodal evalúa cada caso en esas siete dimensiones y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento a la medida.

La evaluación se inicia realizando el llamado "puenteo" que consiste en comunicarse con el/los demandantes en el nivel multimodal que se expresa en el motivo de consulta inicial. Después de complementa con la evaluación de las siguientes modalidades: BASIC ID.

La terapia multimodal de A. Lazarus, denominada por este autor como BASIC ID, es uno de los enfoques terapéuticos de tipo integracionista que más posicionamiento en el ámbito internacional tiene. La principal ventaja es que sigue la teoría psicopatológica

del enfoque cognitivo-conductual, pero en la intervención se apoya en múltiples técnicas terapéuticas que han logrado demostrar su eficacia en la salud mental. Las siglas BASIC ID se refieren a los diferentes niveles que intervienen en la salud mental: behavior (B, conducta), affect (A, afecto), sensation (S, sensaciones), imagery (I, imágenes), cognition (C, cognición), interpersonal relations (I, relaciones interpersonales), drugs (D, biología, drogas y fármacos). El autor emplea la palabra drugs con el fin de tener el acrónimo final de ID y con dicha palabra busca representar los procesos biológicos.

Este enfoque terapéutico tiene como base la evaluación de cualquier problema de salud mental desde diferentes dimensiones. A partir de esto, se seleccionan las técnicas más eficaces y apropiadas para intervenir en las dimensiones prioritarias. El presente curso tiene como finalidad capacitar a los asistentes en este enfoque, el cual en muchos ámbitos todavía no es suficientemente conocido o se sigue sin la debida rigurosidad.

Slaikeu (2000) retoma las siete dimensiones iniciales de Lazarus y las resume en cinco áreas *CASIC* (*cognitiva, afectos, somático, interpersonal y conducta*):

**-Cognitiva:** Autodiálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales.

Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Sueños, recuerdos e imágenes recurrentes de carácter molesto. Autoimagen física-corporal. Imágenes y

fantasías preferidas. Efectos de las cogniciones (creencias, significados, pensamientos e imágenes conscientes e inconscientes) sobre las otras modalidades.

-**Afectos**: Emociones sentidas con más frecuencia. Emociones indeseadas. Que conductas presentan el sujeto cuando experimenta esas emociones.

-**Somático**: Sensaciones placenteras y displacenteras experimentadas. Medicamentos, drogas consumidas. Enfermedades físicas relevantes pasadas y actuales. Dieta, ejercicio y alimentación. Relación con las otras modalidades.

-**Interpersonal**: Estilo de relación con otras personas. Problemas relacionales en el ámbito de pareja, familia, trabajo, etc. Habilidades sociales y asertividad. Como afectan y es afectado el paciente por esas relaciones. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.

-**Conducta**: Actividades y conductas manifiestas. Habilidades o actividades que desearía incrementar. Hábitos o actividades que desearía reducir. Habilidades o carencias conductuales. Gama de actividades agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

A finales de los años 50 e inicio de los años 60 aparecen las primeras terapias cognitivas actuales (las llamadas terapias cognitivas "semánticas" o "racionalistas" por sus críticos): La Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck.

Albert Ellis (1958) creó el modelo A-B-C de la terapia racional emotiva, según este modelo, las dificultades de las personas o sus trastornos de comportamiento (punto "C" de consecuencias, del modelo A-B-C) se producen a partir de los acontecimientos de su vida (punto "A" de acontecimientos, del modelo A-B-C). Así una persona dice estar deprimida y haber descendido su nivel de actividad (punto "C") a consecuencia de haberle dejado su pareja (punto "A"). Sin embargo no es ese acontecimiento quién determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien lo que esa persona se dice para sus adentros en su pensamiento, en su autodiálogo interno sobre la importancia de ese acontecimiento, con base a sus actitudes o creencias personales (punto "B" de *Belief*, Creencia en inglés). Así una persona después de haberle dejado su pareja (punto "A") podría creer lo siguiente: "Mi vida no tiene sentido sin ella", "No podré seguir viviendo sin ella", "Esto no debería haber ocurrido", etcétera (su punto "B") llevándole a sentirse emocionalmente trastornada (punto "C"). Siguiendo el modelo A-B-C, lo importante no sería tanto modificar el acontecimiento externo (a menudo no es posible a otros a volver con uno), ni medicar a la persona para no estar alterada en sus consecuencias (se puede hacer, y a veces puede ser lo más adecuado, pero suele ser inefectivo a largo plazo), sino hacerle consciente de sus autodiálogos internos autodestructivos e "irracionales", y que ella misma, mediante la terapia, aprenda a modificarlos hacia maneras más racionales y funcionales de asimilar esa experiencia. Esto no quiere decir que para la TRE todos los trastornos psíquicos estén causados por creencias y actitudes inadecuadas o disfuncionales, sino más bien que esas actitudes están implicadas en la mayoría de los trastornos psíquicos, aún en aquellos donde se supone una fuerte base biológica.

Corría el año 1957, cuando Beck trabajaba como psicoanalista interesado en la investigación de la depresión. Buscaba, como mantenía el psicoanálisis, que en las depresiones había una hostilidad vuelta hacia uno mismo. Los resultados de su investigación no confirmaron esta idea. Esto le llevó inicialmente a cuestionarse la validez de la teoría psicoanalítica de la depresión, y más adelante, el psicoanálisis, que terminó abandonando.

Los datos que obtuvo en su investigación reflejaban más bien que los pacientes depresivos "seleccionaban" de manera focalizada su visión de los problemas presentándolos como negativos.

Además encontró que la práctica del psicoanálisis, una terapia realmente larga (de tres y más años), arrojaba escasos resultados a la hora de mejorar a los pacientes depresivos. Esto le motivó a centrarse más en los aspectos cognitivos de los trastornos psicológicos y de la psicoterapia.

La terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de "distorsiones cognitivas". Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, que por lo general actúan a nivel "inconsciente" sin que la persona se percate de su papel. Esos significados o creencias subyacentes y tácitas reciben el nombre de "Esquemas cognitivos o Supuestos personales". Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y

significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes (como una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal, etc.) se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y preconscientes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (como ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de conducta (por ejemplo la conducta de escape, fóbica o problemas de relación de pareja). A esas cogniciones se les denominan "pensamientos automáticos".

En la década de los 90 y para el próximo siglo las terapias cognitivas continúan su evolución. Las nuevas terapias cognitivas llamadas "constructivistas" critican a los modelos "racionalistas" (véanse la Terapia Racional Emotiva de Ellis, 1990 y la Terapia Cognitiva de Beck, 1995), es a partir de un modelo o visión objetiva, universal de la verdad y la realidad, de donde se apuntan sus desviaciones o distorsiones. Para los constructivistas (Maturana, 2004 y Mahoney, 2005, etc.) no es posible establecer un acceso directo a la realidad, ya que ésta está siempre en relación al sujeto y su contexto cultural mediante la cual es construida.

Los constructivistas además postulan que las emociones no son el objetivo siempre a modificar en la terapia cognitiva, ya que a menudo contienen una valiosa

información sobre los significados personales tácitos que habría que explorar más que modificar. Estos autores postulan que el trastorno emocional deriva de desajustes entre la experiencia emocional (a menudo relacionada con esquemas cognitivos preverbales) y su explicación consciente (a menudo regulada por esquemas cognitivos verbales como los que postulan los cognitivistas racionalistas). La terapia se constituye así en un proceso de exploración de estos desajustes de modo que el sujeto pueda equilibrar ambos niveles produciendo significados alternativos a través de procedimientos más exploratorios que correctivos.

A manera de Resumen, es factible señalar los siguientes tres aspectos respecto a las terapias cognitivas:

- 1) La cuestión del rol central del significado en las terapias cognitivas.
- 2) Las terapias cognitivas (y cognitivas-conductuales) suelen ser multimodales en sus métodos de intervención. El significado puede ser modificado por varias vías de acceso.
- 3) Actualmente parece haberse generado tres macromodelos de terapias cognitivas: las terapias cognitivas semánticas (véase Ellis, 1990; Beck, 1995), que mantienen el rol de las creencias disfuncionales y pensamientos distorsionados en la génesis de los trastornos; las terapias cognitivas-conductuales centradas en un equilibrio híbrido entre las teorías-intervenciones conductuales tradicionales y las cognitivas semánticas (véase Lazarus, R., 1988) y los constructivistas centrados en la exploración

de significados alternativos en un modelo antiabsolutista (véase Watzlawick, 1977; 1989; Steve de Shazer, 1985; 1987).

Actualmente las emociones y el rol central de la relación terapéutica en las terapias cognitivas parecen los nuevos emergentes de teorización y trabajo terapéutico de estos enfoques. En el contexto mexicano, esto ofrece para la Psicología clínica, más que un desafío — difícil de enfrentar —, una oportunidad de desarrollar una Psicología capaz de atender las demandas locales, que propicien un trabajo clínico eficiente y eficaz, a favor de quienes aún no conocen los beneficios que la Psicología puede ofrecer.

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, es necesario atender los “problemas de salud mental”, mismos que en su mayoría se gestan como productos de la articulación entre los procesos políticos, económicos y sociales. Atender esos impactos, con una psicología capaz de dar respuesta a las demandas locales, gestadas precisamente en un contexto histórico-social propio.

En tanto, que sólo así será factible hacer accesible los “servicios de salud mental” a las mayorías marginadas. Se sugiere que el desarrollo de una Psicología clínica propia, esté articulado por siguientes tres elementos de acción:

- 1) **La Educación:** En tanto su función socializadora, es a través de este proceso, donde se hace factible generar el cambio, tanto en cualquier ámbito como nivel. Se trata de un proceso global y fundamental.

2) **Los Programas o Acciones Preventivas:** La educación por sí misma, constituye un elemento fundamental en la prevención, sin embargo, esta segunda categoría se refiere a las deficiencias que pudiera presentar la educación. En este sentido, las acciones preventivas tienden a compensar los déficits de la educación.

3) **Las Psicoterapias de Corto Plazo:** Cuando, tanto los programas educativos, como las acciones preventivas (o la ausencia de ellos) no han cumplido su cometido, es necesario minimizar el impacto a través de la corrección.

Para ilustrar lo anterior, considérense las acciones y los programas que se han construido en pro de un envejecimiento activo y una atención gerontológica integral (Fernández Ballesteros, 2009). Dichas acciones tienen un impacto directo en la prevención de enfermedades como el Alzheimer (Calero, 2006). De esta enfermedad, se conocen los cambios histopatológicos que provoca (DSM-IV, 1995), pero también se tiene información amplia sobre la reserva cognitiva y la plasticidad neuronal, así como un amplio registro de casos que a pesar de presentar cambios histopatológicos, no manifestaron la enfermedad, debido a que se mantuvieron activos física, cognitiva y socialmente (Calero, 2006). De tal manera, que esto demuestra, que con acciones preventivas y la promoción de un envejecimiento activo, resultará factible, que la incidencia de la enfermedad de Alzheimer en México, que *de facto* es relativamente baja (menor del 3%), se reduzca todavía más y no represente un problema de salud pública en el envejecimiento poblacional que se avecina para el país.

De acuerdo con los elementos de acción que se proponen. Un proyecto de educación deberá incluir la promoción de estilos de vida, adecuados, sanos y activos, dirigidos principalmente hacia la población más joven. También deberá contar con acciones preventivas para una población de mediana edad, que no fue favorecida con antiguos programas educativos. Y finalmente también deberá de contar con programas de intervención. Para el caso que compete al presente trabajo, y para la enfermedad del Alzheimer de este ejemplo, podrían ser psicoterapias de corto plazo dirigidas a los familiares del enfermo.

Para destacar la importancia de estos tres elementos de acción, baste recordar dos aspectos fundamentales. Primero, que a través de la educación, es factible generar el cambio, la Psicología puede contribuir a la desideologización para desenmascarar la injusticia del orden social establecido. Y segundo, recuérdese que el origen de las psicoterapias breves, se gesta en la necesidad de dar respuesta a dos factores de impulso, a saber el incremento en la demanda de personas con la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicológico, derivados de eventos críticos (guerras, desastres, etc.) y la incapacidad de dichas personas para asumir tanto los elevados honorarios de las terapias de largo plazo, como la pérdida de horas de trabajo económicamente productivo (Small, 1986).

De acuerdo al modelo de Leavel y Clark (1965) y en atención a las anteriores consideraciones respecto a las psicoterapias y a la coyuntura nacional actual. Las terapias de corto plazo cobran destacada importancia y más aún los programas de

prevención primaria, que por sí mismos son preferibles, dado el contexto político, económico y social mexicano.

## CAPÍTULO II

### Co-ruminación e Intervención en Crisis de Primer Orden

#### ***1.- Co-ruminación: Discusión Excesiva de Problemas.***

La amistad o interacción socio-afectiva ha jugado un papel importante en el desarrollo socioemocional (Bukowski, Newcomb, y Hartup, 1996; Rubin, Bukowski, y Parker, 1998). Un aspecto de la amistad, generalmente positivo, es que los amigos sirven como fuentes de apoyo social. Sin embargo, también es posible que algunos procesos de apoyo, además de beneficios, presenten ciertos costos o influencias negativas (Rose y cols., 2007).

Para explorar estos costos o influencias negativas que presentan los procesos de apoyo, Rose (2002) estudió la excesiva discusión de los problemas personales (co-ruminación) en las interacciones socio-afectivas entre niños y adolescentes. La co-ruminación desempeña una función negociadora, en tanto se encuentra correlacionada positivamente con una amistad de calidad (satisfactoria, creativa, productiva y de beneficio mutuo), pero también con una elevada internalización de los síntomas (Rose, 2002).

La co-ruminación es un neologismo que permite referir a la narración de los problemas personales como forma adaptativa y extender esta referencia a una acepción

contextual más amplia, esto es, más allá del ámbito terapéutico, en el propio contexto interaccional socio-afectivo de la persona o en su defecto en el más próximo y accesible. Esto explica, por ejemplo, las intromisiones de Rosalba Landa Llaveró (véase Rosalba y los Llaveros de Carballido, 1984). Para ella era más factible una divulgación de sus pesares a los extraños, que a las personas indicadas, como lo hubiera sido el mismo *Lázaro*. Los llaveros de *Rosalba* eran sus propias intromisiones, sus co-ruminaciones.

La co-ruminación es definida como «la excesiva discusión de los problemas personales dentro de una determinada relación» (Rose, 2002, p. 1019). El concepto, se desarrolla a partir del origen etimológico de la palabra rumiar (*rumigare*), que significa devolver a la boca lo que ya estaba en el estómago, por lo tanto se trata de hablar sobre lo ya acontecido. Al anteponer el prefijo *Co*, el término permite expresar discusión, es decir, de un proceso de cognición pasa a ser un proceso comunicacional, interaccional.

Señala Rose y Cols. (2007) que se puede considerar a la co-ruminación como la falla en la intersección entre la autorrevelación y la confesión. Al igual que la autorrevelación, la co-ruminación involucra acciones personales, pensamientos y sentimientos. Sin embargo, si la autorrevelación puede involucrar cualquier tópico personal y puede ser breve, la co-ruminación involucra un excesivo focus sobre los problemas y sus efectos. La co-ruminación y la ruminación son similares en que ambos refieren un focus negativo sobre los problemas y los efectos negativos. Pero la

ruminación es un proceso cognitivo solitario, mientras que la co-ruminación es un proceso social conversacional.

La co-ruminación fue propuesta para el singular proceso que podría tener tanto efectos positivos como negativos en el ajuste o adaptación. Los procesos de apoyo son generalmente pensados para ser positivos y adaptativos. Consistente con ese punto, percepciones de soporte social en general (Galambos y Cols., 2004; Jackson y Warren, 2000) y desde los “amigos” (de interacción socioafectiva) en particular (Colarossi y Eccles, 2000) son relacionados con un bajo nivel de internalización de síntomas en los jóvenes. Sin embargo, también hay indicios de que algunos procesos de apoyo están asociados con el desajuste. Por ejemplo, la búsqueda excesiva del consuelo está relacionada con problemas emocionales. (Joiner y Cols. , 1992; Prinstein y Cols. 2005). La sobre involucración en los problemas de los demás está asociada con la depresión (Gore y Cols., 1993).

La co-ruminación o excesiva discusión de los problemas, es caracterizada por una mutua estimulación a hablar de los problemas personales, “refrito de problemas”, especulación respecto a los problemas y avecindamiento sobre los efectos negativos (Rose, 2002).

Rose y Cols. (2007) encontraron que la co-ruminación contribuye al ajuste negociado sobre el tiempo. El aspecto positivo de la co-ruminación es que, promueve el incremento en los sentimientos de cercanía y una positiva amistad de calidad. Es razonable que los amigos se comprometan en esa íntima e intensa forma de

divulgación, sin embargo, para las mujeres hubo una negociación en que la co-ruminación también predice un incremento de los síntomas de depresión y ansiedad.

Aunque por lo general se espera que el apoyo social proteja contra los problemas emocionales (Nestmann y Hurrelmann, 1994), no obstante, Rose y Cols. (2007) encontraron que cuando los procesos de apoyo incluyen la discusión excesiva de los problemas, el efecto sobre el ajuste emocional puede ser negativo, más que positivo.

De lo anterior, surge la pertinencia de guiar esa discusión excesiva de los problemas hacia acciones concretas y con ello impedir que se continúe con ese círculo vicioso que al no encontrarse solución del problema, éste pueda llegar a un nivel paralizante (Reynoso y Seligson, 2005).

## ***2.- Intervención en Crisis de Primer Orden***

Este modelo toma en cuenta los diversos aspectos de las crisis vitales; el desequilibrio, los altos riesgos, el sentido de urgencia e inmediatez. El modelo considera al individuo como un participante activo en muchos sistemas comunitarios diferentes (en la familia, el trabajo, la iglesia y el vecindario), un participante que día a día se compromete en tratos con el ambiente. Un aspecto fundamental del modelo amplio de intervención en crisis es la distinción que hace entre la intervención en crisis de primera y segunda instancia (véase el Cuadro 1).

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) que abarca la asistencia inmediata y de modo usual lleva sólo una sesión, pretenden de manera primordial proporcionar apoyo,

reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más, esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad primero, en el momento y lugar en que aquella surge. Slaikeu (2000) afirma que "...se puede instruir a los hijos, del mismo modo que ahora saben dar primeros auxilios físicos en situaciones de urgencia..." (p. 109).

<b>CUADRO 1</b>		
<b>MODELO AMPLIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>		
<b>(Propuesto por Slaikeu, 2000)</b>		
	Intervención de Primera Instancia (Primeros Auxilios Psicológicos)	Intervención de Segunda Instancia (Terapia para Crisis)
<b>¿Por cuánto tiempo?</b>	De minutos a horas	De semanas a meses
<b>¿Por parte de quién?</b>	Protectores de vanguardia (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etcétera)	Psicoterapeutas y orientadores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros pastorales, orientadores, enfermeras psiquiátricas, etc.)
<b>¿Dónde?</b>	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etcétera.	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental, centro abiertos al público, iglesias, etcétera.
<b>¿Cuáles son las metas?</b>	Restablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo; reducir a mortalidad, enlace con recursos de ayuda.	Resolver la crisis; translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente a la de la vida; establecer la apertura/disposición para encarar el futuro.
<b>¿Cuál es el procedimiento</b>	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos:  1. Realizar el contacto psicológico. 2. Examinar las dimensiones del problema. 3. Analizar las posibles soluciones. 4. Asistir en la ejecución de la acción concreta. 5. Dar seguimiento.	Terapia multimodal para crisis.

Los Primeros Auxilios Psicológicos son una breve intervención que, donde sea, toma algunos minutos o algunas horas, según la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis, y según la habilidad del asistente. Es

enfrentamiento inmediato con el punto principal (pasar el día/la noche; planear el mejor paso siguiente). En la práctica, esto se descompone en tres submetas: otorgar apoyo, reducir el peligro de muerte (como en el caso de maltrato infantil, violencia domestica o suicidio) y el enlace con recursos de ayuda. El contacto completo de los primeros auxilios se encamina a estas áreas, nada más; no se hace ningún esfuerzo para completar la resolución psicológica de la crisis, esta última acción corresponde a la intervención de segunda instancia (véase el **Cuadro 1**).

### **3.- Solución de Problemas Base de la Intervención en Crisis de Primer Orden**

Si se analiza el procedimiento de la intervención de primer orden (primeros auxilios psicológicos), es factible observar que por su secuencia lógica obedece a la solución de problemas (véase el Cuadro 2). Este aspecto es importante, por cuanto, al entrenar en primeros auxilios psicológicos, también, se estarían desarrollando habilidades para la solución de problemas.

<b>CUADRO 2</b>	
<b>COMPARATIVO QUE MUESTRA LA SECUENCIA LÓGICA DE LOS PASOS ENTRE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS</b>	
<b>Pasos Para la Solución de Problemas D'Zurrilla y Godfried (1971)</b>	<b>Pasos para los Primeros Auxilios Psicológicos Slaikeu (2000)</b>
Perfil del problema	Realizar el contacto psicológico
Definición y formulación del Problema	Examinar las dimensiones del problema
Generación de Posibles soluciones o alternativas	Analizar las posibles soluciones
Toma de Decisiones	Asistir en la ejecución de la acción concreta
Evaluación de Resultados	Dar seguimiento

Reynoso y Seligson (2005) apuntan que cuando no se encuentra la solución de algún problema, las personas empiezan a tener malestares. Si las estrategias de

afrontamiento fracasan, aparece un sentimiento creciente de desamparo que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, el problema empieza a parecer insoluble y la ansiedad o desesperación pueden llegar a niveles paralizantes.

Como respuesta terapéutica para esta situación, D'Zurilla y Godfried (1971), idearon la estrategia de solución de problemas; el objetivo terapéutico que persigue consiste en ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas.

El programa original consta de cinco fases que son:

- 1) Perfil del problema
- 2) Definición y formulación del problema
- 3) Generación de posibles soluciones o alternativas.
- 4) Toma de decisiones
- 5) Evaluación de resultados

Con relación al perfil del problema, lo que se intenta es conocer cuál es la percepción que el individuo tiene del problema principal, las consecuencias que está experimentando, la evaluación que el propio paciente está haciendo del problema así como el tiempo y el esfuerzo que el paciente está utilizando para intentar resolverlo.

El segundo paso (definición y formulación del problema) el terapeuta obtiene la mayor información acerca del problema, así como la más relevante, junto con el

paciente definen de modo completo cuál es el problema, intentando poner una meta realista para resolverlo y evalúan si en realidad ese es el problema principal.

Más adelante se inicia la fase de generación de alternativas, en ésta se utiliza una estrategia denominada “lluvia de ideas” (*brainstorm*), en la cual se pide al paciente que genere la mayor cantidad de ideas para solucionar el problema sin hacer juicio de valor, sin importar lo disparatadas o irracionales que sean, de hecho, las reglas son:

- Se excluyen las críticas, es decir, se escribe cualquier idea nueva sin juzgar si es buena o mala.
- Todo se vale, de modo que cuanto más rara o disparatada sea una idea quizá sea la mejor
- Mientras más cantidad de ideas es mejor, esto es, mientras más ideas se produzcan, mayor es la probabilidad que algunas sean buenas.

Una vez con la lista completa se empiezan a valorar las consecuencias de las repuestas, inicialmente se descartan las que no son factibles. Después son evaluadas las consecuencias positivas o negativas que pueden tener cada respuesta y se les asigna un puntaje (de 0 a 5) tanto a unas como a otras. La toma de decisiones inicia valorando los resultados factibles para cada una de las respuestas seleccionadas. Finalmente, se construye la solución para el problema; el terapeuta entrenará al paciente en cada paso que deba dar con base en la solución determinada.

#### **4.- El Carácter Sistémico del Modelo Amplio de Intervención en Crisis.**

Según Slaikeu (2000) otra característica del modelo amplio de intervención en crisis, es que considera al individuo como un participante activo en muchos sistemas comunitarios diferentes (en la familia, el trabajo, la iglesia y el vecindario), un participante que día a día se compromete en tratos con el ambiente.

Puesto que nada tiene lugar en el vacío, todos los aspectos de una crisis deben examinarse a la luz de diversos ámbitos. En el lenguaje general de los sistemas, estos contextos son “suprasistemas”. Bronfenbrenner (1979) describe tres suprasistemas, cada uno ascendente respecto del anterior en su medida y complejidad, que son relevantes para la conducta de enfrentamiento de un individuo. El microsistema representa a la familia y al grupo social inmediato. El exosistema representa la estructura social de la comunidad, por ejemplo, el mundo laboral, los sistemas sociales de la vecindad y las estructuras gubernamentales comunitarias (que incluyen servicios sociales). Por último, el macrosistema es la más grande de las estructuras contextuales e incluye los valores culturales y sistemas de creencias que interfieren entre comunidades, familias y, finalmente, entre individuos.

Los sistemas están continuamente relacionados en transacciones de uno con otro. La conducta de un individuo afecta a su familia y amigos, y viceversa. Del mismo modo, las familias afectan a las comunidades y éstas a las familias, y así, sucesivamente. En el lenguaje de sistemas, estas transacciones se contemplan como entrada, consumo y salida. Una madre, por ejemplo, experimenta ciertas presiones familiares (entrada),

tiene pensamientos y sentimientos sobre estas presiones (consumo), y responde a la fuente original de estrés en lo que dice y hace a sus familiares y amigos (salida).

En virtud de estas transacciones, los subsistemas son interdependientes unos de otros. Puesto que todo está en contrato con todo lo demás, es imposible que un cambio importante suceda en un área sin tener algún impacto notable en otros sistemas con los que interfiere. Piénsese en una familia donde los padres se han separado recientemente y van a divorciarse. Se puede esperar que esta separación tenga cierto impacto sobre los hijos. El impacto particular sobre cada hijo puede medirse en términos de las variables de persona-sistema analizadas (funcionamiento CASIC).

Todos los sistemas vivos tienden a regresar a un estado de equilibrio o de homeostasia. Este concepto de la Teoría General de los Sistemas, sugiere que los sistemas, sean personas o familias, no pueden tolerar el trastorno y la desorganización por un lapso prolongado. De los recursos de un sistema se puede esperar que hagan los ajustes necesarios para efectuar algo cercano a alguna forma de equilibrio (Slaikeu, 2000).

Stevenson (1977) al respecto señala que el estado de estabilidad se refiere al rango de flexibilidad posible, para cada uno de los muchos componentes de las partes de todos los sistemas vivos. Este rango de flexibilidad significa que el sistema puede permanecer estable, no obstante los cambios y desequilibrios que ocurran dentro y en las partes del mismo. Este rango de flexibilidad tiene límites.

Cuando la flexibilidad del sistema se ejercita más allá de sus límites, se produce estrés, lo cual constituye una amenaza para el sistema. Éste debe, entonces, utilizar sus capacidades para la adaptación, integración y la toma de decisiones para disminuir el estrés y estabilizarse. Un ejemplo sería el de la familia que sufre una pérdida temporal o permanentes (por ejemplo, la huida de un hijo, la muerte de un miembro de la familia, el divorcio entre una pareja). Semejante sistema atravesaría por una serie de procesos dirigidos a devolver a la familia a algún nivel de estabilidad.

Según Caplan (1967) la tendencia de los sistemas vivos a regresar a un estado de estabilidad o a la restauración del equilibrio, es una manera más precisa de establecer la observación clínica que determina que la intensidad de la crisis tiende a atemperarse en un periodo de 4 a 6 semanas. Al respecto Slaikeu (2000) considera que es importante señalar que el retorno a un estado de estabilidad podría ser lo mismo para un eventual bienestar o enfermedad, en la medida en que se afecte a la familia. O, bajo la luz de los principios precedentes, el regreso da la estabilidad puede ser positivo para una parte de la familia o negativo para otra.

Este carácter sistémico del modelo amplio de intervención, permite incluir en el trabajo psicoterapéutico mayor cantidad de aspectos, lo cual implica corregir esa fragmentación o reducción de la persona, que tanto se ha criticado (véase Martín-Baro, 1985).

## Análisis

Los datos empíricos de la investigación de Rose y Cols. (2007) apoyan las siguientes dos premisas: a) en las personas existe la necesidad de procesar o dar sentido a los sucesos como parte de una forma adaptativa de manejar las cosas, y b) la narración de los problemas personales constituye por sí misma un proceso adaptativo.

Se han desarrollado varios modelos cognitivos (Chemtob, Roitblat, Carlson, y Twentyman, 1988; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Cols., 1989; Resick y Schnice, 1992). Estos comparten varias características, incluido un enfoque en la necesidad de procesar o dar sentido a los sucesos como parte de una forma adaptativa de manejar las cosas. Si bien hay diferencias entre los modelos, generalmente todos señalan la necesidad de reducir conductas de evasión de una manera sistemática y procesar los eventos críticos con el fin de que puedan ser entendidos en una forma precisa y realista.

Según Zayfert y Back (2008), existe un procesamiento cognitivo de los sucesos. «A nuestro cerebro le gusta que las cosas tengan sentido, que encajen en formas lógicamente coherentes» (p. 18). Por lo tanto, al experimentar una situación crítica, es natural querer pensar bien las cosas, es decir, organizar y comprender lo que ha sucedido. Considérese la manera como el cerebro de una persona trabaja después de que ésta ha visto una película con una trama tortuosa en la que los cabos sueltos se encuentran en los últimos minutos. Cuando esta persona sale del cine, tal vez se ponga

a analizar toda la historia de principio a fin para darle sentido a los detalles a la luz de nueva información. Si hay datos incompatibles o faltantes, quizá continúe revisándola en resto de la tarde, tratando de encajar todas las piezas entre sí. Incluso puede soñar con ella toda la noche.

Dicen Zayfert y Back (2008) que la inclinación a procesar las experiencias personales es incluso más fuerte para aquéllas cargadas de emoción que para las personalmente menos importantes, como una película, así por ejemplo:

*«...imagine haber estado en un grave accidente de tránsito, Nadie murió, pero varios autos quedaron desbaratados. Al llegar a casa con los familiares o amigos, ¿qué se haría? La mayoría de la gente dice, “les contaría lo que pasó”. ¿Se lo diría a una persona o a muchas?, ¿Diría simplemente “estuve en un accidente de tránsito” y lo dejaría así? o ¿Describiría el suceso con lujo de detalles? En el caso de un suceso como éste, casi todos responden que les contarían minuciosamente a varias personas lo que ha pasado. En términos clínicos esto se conoce como “contar la historia” o “darle sentido a la historia”; por eso, la observación clínica apoya lo que ya se ha probado con la investigación: la gente parece tener una inclinación a hablar de los sucesos que le parecen difíciles y hacerlo nos ayuda a entenderlos o “procesarlos”» (p. 19).*

En este sentido la co-ruminación es un proceso interaccional de adaptación, pasa de un proceso de cognición a ser un proceso comunicacional, interaccional. Involucra acciones personales, pensamientos y sentimientos, la co-ruminación involucra un excesivo focus sobre los problemas y sus efectos. La co-ruminación y la ruminación

son similares en que ambos refieren un focus negativo sobre los problemas y los efectos negativos. Pero la ruminación es un proceso cognitivo solitario, mientras que la co-ruminación es un proceso social conversacional.

Sin embargo, la co-ruminación no garantiza por sí misma la adaptación, carece de efectividad incluso en la reducción de la ansiedad generada por los acontecimientos generadores del malestar emocional. Ya que como encontraron Colarossi y Eccles (2000), la co-ruminación está relacionada con un bajo nivel de internalización de síntomas en los jóvenes. Y existen indicios de que algunos procesos de apoyo están asociados con el desajuste. Por ejemplo, la búsqueda excesiva del consuelo está relacionada con problemas emocionales. (Joiner y Cols., 1992; Prinstein y Cols., 2005). La sobre involucración en los problemas de los demás está asociada con la depresión (Gore y Cols., 1993).

Resulta difícil determinar si la co-ruminación es un proceso inherente a la naturaleza humana o bien si se trata de un proceso derivado del aprendizaje. O tal vez en buena medida de ambas cosas. En tal caso la respuesta a estas cuestiones no es fundamental, pero sí lo es reconocer como premisa fundamental que los efectos negativos de la co-ruminación, derivan de la carencia de retroalimentación.

En la co-ruminación se pueden encontrar tanto efectos positivos, como negativos en el ajuste o adaptación. La co-ruminación contribuye al ajuste negociado sobre el tiempo, promueve el incremento en los sentimientos de cercanía y una positiva amistad de calidad. Es razonable que los amigos se comprometan en esa íntima e intensa

forma de divulgación. Sin embargo, la co-ruminación también predice un incremento de los síntomas de depresión y ansiedad (Rose y Cols., 2007).

Existe en las personas la necesidad de integrar las experiencias a la trama de vida. Este proceso es continuo, pero mediato, varía en lo individual y en la diversidad de las circunstancias. Cuando la experiencia tiene una carga emocional alta, resulta más difícil la asimilación y la acomodación, por decirlo en términos piagetianos. Según Rose y Cols. (2007), las personas habitualmente intentan esta integración a través de la revelación verbal de sus experiencias, sin embargo, esta tiende a hacerse excesiva y entonces, además de sus beneficios, presenta un costo (la internalización de los síntomas). A este proceso Rose y Cols. (2002), le han denominado co-ruminación.

La premisa central que se plantea, es que la necesidad de revelación verbal, está asociada con la carencia de retroalimentación. La persona que no logra integrar su experiencia, se encuentra en estado de exacerbación. Y la frecuencia de la revelación verbal se incrementa porque no llega la retroalimentación del exterior. Concretamente, porque la persona a quien se le están revelando las experiencias, no conduce hacia acciones concretas. Se considera que la intervención de primer orden (primeros auxilios psicológicos), además de los beneficios que menciona Slaikeu (2000), permite entrenar a la persona en solución de problemas del ámbito cotidiano, lo cual por consecuencia lógica tiene implicaciones en la co-ruminación.

No se pretende minimizar la importancia de los procesos involucrados en la co-ruminación. Tampoco se ignora que ésta, puede ser un síntoma de algún problema

emocional o un rasgo de personalidad, y que por tanto, amerita otro nivel de explicación. Ni tampoco que en ciertos casos se requiera de atención psicoterapéutica.

Se plantea la posibilidad de que con la intervención de primer orden, sea factible que quien participe en la co-ruminación esté en posibilidades de guiar (o ser guiado) en la excesiva revelación verbal hacia acciones concretas. Y entonces, la intervención de primer orden, sea por sí misma una estrategia de prevención primaria o prevención.

No obstante la carencia de sustentos empíricos, principalmente los que permitirían aceptar o refutar la premisa central sobre la co-ruminación, que supone la existencia de una relación entre la necesidad de revelación verbal y la retroalimentación. Se considera factible y necesaria la difusión de los primeros auxilios psicológicos (PAP), tal como lo sugiere Slaikeu (2000), para una mejor aplicación del modelo amplio de intervención en situación de crisis.

Existen diversos aspectos sobre la co-ruminación que no han sido profundizados, en especial aquellos que permiten comprender cómo opera este “proceso de adaptación”. Rose y Cols. (2007) apuntan que la diferencia entre *ruminación* y *co-ruminación*, radica en que la primera se trata de una autorevelación o revelación a uno mismo (diálogo interno), y por tanto, la ruminación es un proceso cognitivo, mientras que la co-ruminación es un proceso comunicativo.

Quizás se trate del mismo proceso, o concretamente, de diferentes momentos del mismo proceso. La confirmación de la premisa *central* (supone la existencia de una relación entre la necesidad de revelación verbal y la retroalimentación) permitiría en

algún sentido determinar si esto es así. La línea de investigación que se sugiere es determinar si existe relación estadísticamente significativa entre el incremento de la revelación verbal y la carencia de retroalimentación.

## Conclusiones

En el marco de las consideraciones anteriores y como consecuencia directa de la participación en el ***Diplomado en Psicoterapia Breve en Situación de Crisis*** (Impartido por el Departamento de Educación Continua de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza/UNAM), se plantean tres elementos fundamentales que en su conjunto pueden servir de eje en la articulación de acciones adecuadas que permitan hacer frente a la realidad mexicana —se dice así, en el sentido de una realidad de segundo orden (Watzlawick y Cols., 1977; Watzlawick y Cols., 1976), creada e inventada en el localismo propio— en cuestiones de salud mental. Los elementos, a saber son, la educación, los programas o acciones preventivas y las psicoterapias de corto plazo.

Es importante reiterar, en lo que a cuestiones de salud se refiere, concretamente en el área, controvertidamente denominada de la “*salud mental*”, la psicología o mejor dicho los psicólogos mexicanos tienen el compromiso de revisar y atender los aspectos teóricos, metodológicos y de aplicación. Se tiene el desafío de atender los “*problemas de salud mental*” de las mayorías marginadas, mismos que se gestan como productos de la articulación entre los procesos políticos, económicos y sociales.

No es tarea fácil atender esos impactos con una psicología nacional, árida e incipiente, que aún no ha logrado hacer frente a ese complicado contexto nacional, caracterizado por una acentuada y generalizada marginación sobre las mayorías.

Sin embargo, en la coyuntura nacional actual, donde se limitan las alternativas de progreso y desarrollo para el país, las terapias de corto plazo cobran destacada importancia y más aún los programas de prevención primaria, que por sí mismos son preferibles de acuerdo con el modelo de Leavel y Clark (1965).

En este sentido, el modelo amplio de intervención de Slaikeu (2000), ofrece un excelente esquema de intervención breve en crisis. En especial la intervención de primer orden (Primeros Auxilios Psicológicos), que permite simultáneamente el adiestramiento o capacitación en solución de problemas, técnicas que pueden ser utilizadas como medidas de prevención.

Existe en las personas la necesidad de verbalizar sus vivencias, principalmente si estas tienen una carga emocional importante para ellas o bien si les presentan dificultades para la solución (Zayfert y Back, 2008). De esta manera, cuando dos o más personas llegan a coincidir en esta situación especial y además media entre ellas un lazo interaccional ( por ejemplo amiga, prima, vecina, compañera de trabajo, comadre, etc.) es posible que se dé una verbalización excesiva de sus problemas, sin que alguna de estas personas proponga una alternativa adecuada de solución, dicho de otra manera, se establece un círculo vicioso en la verbalización mutua de sus problemas y al no encontrar solución adecuada, éstos se acentúan. Es decir, se da la co-ruminación entre ellas.

No obstante que bajo estas circunstancias, la verbalización de los problemas no representa un problema mayor (como pudiera ser la mortalidad), sí implica una

inhabilidad aprendida y reforzada constantemente para enfrentar las situaciones cotidianas, mismas que con frecuencia pueden agravarse por la presencia reiterada de soluciones inadecuadas. De esta manera es posible que la co-ruminación implique una especie de “*pre-crisis*” o un riesgo de crisis futura. Por lo tanto, si se corrige la co-ruminación, se disminuyen también las probabilidades de ocurrencia de una crisis futura.

Se supone una estrecha relación entre la co-ruminación y falta de retroalimentación, es decir, se piensa que la verbalización excesiva es consecuencia directa de la carencia de retroalimentación. No obstante como ya se advirtió, se carece de sustentos empíricos para este presupuesto. De ser cierto lo anterior, es factible corregir la co-ruminación a través del adiestramiento o capacitación en solución de problemas, técnicas que como ya se mencionó pueden ser utilizadas como medidas de prevención.

Por tal razón se propone a la intervención en crisis de primer orden como técnica adecuada para orientar la co-ruminación hacia acciones concretas y de esta manera disminuir el riesgo de crisis futuras, es decir, es factible que tenga incidencia en la prevención. Esto debido a que los beneficios de la intervención de primer orden tienen alcances más allá de las situaciones de crisis, permite orientar la co-ruminación o verbalización excesiva de los problemas, hacia acciones concretas a través de la técnica de solución de problemas, aspecto que puede fungir como factor de retroalimentación para romper ese círculo vicioso comunicativo (co-ruminación).

De esta manera, se plantea la posibilidad de que con la intervención de primer orden, sea factible que quien participe en la co-ruminación esté en posibilidades de guiar (o ser guiado) en la excesiva revelación verbal hacia acciones concretas. Y entonces, la intervención de primer orden, sea por sí misma una estrategia de atención primaria o prevención.

El esquema de Slaikeu (2000), resulta excelente para la atención en crisis, incluso a nivel de prevención (véase que este autor incluye en su obra un programa de capacitación/prevención en primeros auxilios psicológicos). Su modelo se ajusta adecuadamente a los requerimientos que demanda la realidad local, aunque, claro está, no resuelve todos los problemas.

## Bibliografía

Adler, A. (1993). *El carácter neurótico*. México: Paidós.

Beck, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Madrid: Paidós.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

Bukowski, W. M, Newcomb, A. F., y Hartup, W. W. (Eds.). (1996) *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press.

Calero, D. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez*. España: Ediciones Octaedro.

Caplan (1967). Citado por: Slaikou, K. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e Investigación*. México: El manual moderno. p. 24.

Carballido, E. (1984). *Rosalba y los llaveros y otras obras de teatro*. México: FCE/SEP. (Obra de teatro puesta en escena por vez primera en el Palacio de Bellas Artes, el 11 de marzo de 1950).

Colarossi, L. G. y Eccles, J. S. (2000) A prospective study of adolescents' peer support: Gender differences and the influence of parental relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 661-678.

Chemtob y Cols. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.

*DSM-IV* (1995). Barcelona: Masson. Versión española.

D'Zurrilla, T. y Godfried, M. (1971). Problem-Solving therapy. *Journal of Abnormal Psychology*. 78, 07-26.

Ehlers y Clark (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.

Ellis, A. (1958). *Rational psychotherapy*. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. Volumen 2. Desclée De Brouwer.

Fernández Ballesteros (2009). **Psicología de la vejez: una psicogerontología aplicada**. España: Pirámide.

Foa y Cols. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. **Behavior Therapy**, 20, 155-176.

Galambos, N. L., Leadbearter, B. J., y Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. **International Journal of Behavioral Development**, 28, 16-25.

Gómez, P. G. (1986). **Lacónicas psicogerencias**. México: UNAM/Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Mecanograma.

Gore, S., Aseltine, R. H., y Colten, M. E. (1993). Gender, social-relational involvement, and depression. **Journal of Research on Adolescence**, 3, 101-125.

Jackson, U., y Warren, J. S. (2000). Appraisal, social support, and life events: predicting outcome behavior in school-age children. **Child Development**, 71, 1441-1457.

Joiner, T. E., Alfano, M. S. y Metlasky, G. I. (1992). When depression breed contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates. **Journal of Abnormal Psychology**, 101, 165-173.

Kelly, G. (2001). **Psicología de los constructos personales**. México: Paidós.

Lazarus, A. A. (1971). **Behavior therapy and beyond**. MacGraw-Hill, Inc. (Traducción: Paidós, 1980).

Lazarus, A. A. (1983). **Terapia multimodal**. México: IPPEM.

Lazarus, A. A. (1985). **Casebook of multimodal therapy**. Guilford Press.

Lazarus, A. A. (1986). Multimodal therapy. En: **Norcross: Handbook of eclectic psychotherapy**. Briner/Maze.

Lazarus, A. A. (1987). The multimodal approach with adult outpatients. En: Jacobson (1987). **Psychotherapy in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives**. Guilford Press.

Lazarus, R. S. (1988). **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Martinez Roca.

Leavel H. R. y Clark E. G. (1965). **Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An epidemiologic approach**. Nueva York: Mc Graw Hill.

Mahoney, M. (2005). **Psicoterapia constructiva: una guía práctica**. España: Paidós.

Martín-Baró (1985). **Problemas de Psicología social en América Latina**, San Salvador: UCA Editores, pp. 9-17.

——— (1986). "Hacia una Psicología de la liberación": En: **Boletín de Psicología**, San Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, pp. 219-231.

——— (1987). "Los grupos con historia: un modelo psicosocial", conferencia pronunciada en las V Jornadas Venezolanas de Psicología Social, organizadas por la Asociación Venezolana de Psicología Social, 6 de febrero de 1987. En: Pacheco y Jiménez (Comp.) (1991). **Ignacio Martín-Baró (1942-1989) Psicología de liberación para América Latina**. México: ITESO Guadalajara, p. 133.

——— (1988). "Hacia una Psicología política latinoamericana", conferencia pronunciada en el XII Congreso Colombiano de Psicología, Barranquilla Colombia, 13 octubre de 1988. En: Pacheco y Jiménez (Comp.) (1991). **Ignacio Martín-Baró (1942-1989) Psicología de Liberación para América Latina**. México: ITESO. Guadalajara, pp. 81-84

——— (1989). "Retos y perspectivas de la Psicología en América Latina". Conferencia pronunciada en la Universidad de Guadalajara, México, 24 de mayo de 1989. En: Pacheco y Jiménez (Comp.) (1991). **Ignacio Martín-Baró (1942-1989) Psicología de Liberación para América Latina**. México: ITESO. Guadalajara, pp. 51-79.

Maturana, H. (2004). **De máquinas y seres vivos; autopoiesis: la organización de la vivo**. Argentina: Editorial Lumen.

Montero, M (1987). **Psicología política latinoamericana**, Caracas: PONAPO, pp. VIII-IX.

Nestmann, F. y Hurrelmann, K. (1994). (Eds.). **Social Networks and social support in childhood and adolescence**. Berlín: Water de Gruyter y Co.

Paoli Bolio, F. J. (1988). Providencialismo, rasgo de la cultura política mexicana. En: **Revista A (Rasgos de la cultura política en el México contemporáneo)**. México: UAM-Azcapotzalco (División de Ciencias Sociales y Humanidades), IX, no. 31-38, enero/agosto de 1988.

Prinstein, M. J., Borelli, J. L., Cheah, C. S. L., Simon, V. A., y Alkins, J. W. (2005). Adolescent girls' interpersonal vulnerability to depressive symptoms: A Longitudinal examination of reassurance-seeking and peer relationships. **Journal of Abnormal Psychology**, 14, 676-688.

Resick y Schnice, (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 60, 748-756.

Reynoso y Seligson (2005). ***Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual***. México: El manual moderno.

Rose, A. J. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. ***Child Development***, 73, 830-843.

Rose, A. J., y Asher, S. R. (1999). Children's goals and strategies in response to conflicts within a friendship. ***Developmental Psychology***, 35, 69-79.

Rose, A. J., y Asher, S. R. (2004). Children's strategies and goals in response to helping and help-seeking tasks within a friendship. ***Child Development***, 75, 749-763.

Rose, A. J., y Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. ***Psychological Bulletin***, 132, 98-131.

Rose, A. J., Carlson, W., y Waller, M. (2007). Prospective associations of co-rumination with friends and emotional adjustment: Considering the socioemotional trade-offs of co-ruminations. ***Developmental Psychology***, 43, 1019-1031.

Rubin, K. H., Bukowski, W., y Parker, J. G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon (Editor-in-Chief; N. Eisenberg, Ed.) ***Handbook of child psychology; Vol. 3. Social, emotional, and personality development*** (pp. 619-700). New York: Wiley.

Slaikeu, K. (2000). ***Intervención en crisis: Manual para práctica e Investigación***. México: El manual moderno.

Small, L. (1986). ***Psicoterapias Breves***. México: Gedisa.

Steve de Shazer (1985). ***Pautas de terapia familiar Breve. Un enfoque ecosistémico***. Barcelona: Paidós.

Steve de Shazer (1987). ***Claves para la solución en terapia breve***. Barcelona: Paidós.

Stevenson, J. S. (1977). Citado por: Slaikeu, K. (2000). ***Intervención en crisis: Manual para práctica e Investigación***. México: El manual moderno. p. 36.

Villeda Torres, J. L. (1994) "Autonomía: Mi experiencia en la educación preescolar". En: Palacios Suárez, C.; Abaroa Almanza, H. y Monroy Romero, J. A. (Comp.) (1994). ***Segundo Foro de Práctica de Servicio de Psicología Educativa: Memorias***. México: UNAM/FES-Zaragoza, pp. 23-27.

Watzlawick, P. y Cols. (1977). ***El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica***. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. y Cols. (1989). ***Cambio. Formación y solución de los problemas Humanos***. Barcelona: Herder.

Zayfert y Back, (2008). ***Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático***. México: El manual moderno.