



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

## **“DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES QUE INTEGRAN LA CRISIS PSICOLÓGICA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

P R E S E N T A :  
**JUAN DANIEL ZAMUDIO SORIANO**

DIRECTOR DE TESIS:  
**DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO**

COMITÉ DE TESIS:  
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG  
MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

SUPLENTES:  
DR. ARIEL VITE SIERRA  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO, D.F.,

AGOSTO 2011.



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.

**“un hombre es lo que hace con lo que hicieron de él”**

Jean Paul Sartre

**“Es verdad que vengo de perder una batalla,  
pero antes de que caiga la noche puedo ganar otra”**

Napoleón

Agradecimientos	4
Resumen	6
abstract	7
Introducción	9
<b>I. DEL MALESTAR EMOCIONAL A LA CRISIS PSICOLÓGICA</b>	<b>14</b>
1.1. MIEDO .....	16
1.2. ANSIEDAD .....	17
1.3. ESTRÉS .....	20
1.4. TRAUMA.....	25
1.5. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	27
<b>II. DEFINICIÓN DE LA CRISIS PSICOLÓGICA.</b>	<b>35</b>
<b>III. NATURALEZA DE LA CRISIS</b>	<b>41</b>
3.1. TEMPORAL .....	41
3.2. DETERMINADA.....	43
3.3. PERSONALÍSIMA .....	46
3.4. PERTURBADORA .....	52
3.5. CRUCIAL.....	57
3.6. SISTÉMICA .....	58
<b>IV. FASES Y ESTADOS DE LA CRISIS.</b>	<b>66</b>
<b>V. EL DEBRIEFING PSICOLÓGICO COMO UNA HERRAMIENTA PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.</b>	<b>73</b>
5.1. HISTORIA .....	74
5.2. FUNDAMENTO .....	74
5.3. OBJETIVO .....	76
5.4. CARACTERÍSTICAS .....	77
5.5. CONTENIDO DEL DEBRIEFING .....	78
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>82</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>86</b>

## Agradecimientos

El presente trabajo lo dedico con mucho cariño a:  
La vía láctea (Laura mi compañera incondicional),  
el Sol (Zamus), la Luna (Fofi), el Mar (Alex),  
al azul del cielo y al verano que me han  
brindado su cariño, apoyo, calor y compañía.

Agradezco especialmente a Laura,  
mi compañera incondicional,  
por su cariño y por su apoyo siempre ahí,  
siempre a tiempo, siempre conmigo.

A mis hijos, Dany, Sofi y Alex,  
porque son mi fuente de inspiración y  
porque su alegría me ilumina el alma.

A ti, Leo, porque fuiste la causa primaria de mi,  
te lo debo todo. Te amo siempre,  
te llevo en mi mente y en mi corazón.

# RESUMEN

## Resumen

El presente documento ofrece una visión global de las principales variables que integran la crisis psicológica con la idea de encontrar las características esenciales que la describen. Para ello inicialmente se realizó un breve análisis de lo que no es una crisis, enseguida se describieron algunos estados emocionales (ansiedad, miedo, estrés, trauma, estrés postraumático) que podrían confundirse con la crisis y que pueden entenderse como gradientes emocionales entre el estado de la no crisis y la crisis. Posteriormente se analizaron varias definiciones de crisis para encontrar las coincidencias conceptuales y hacer un planteamiento de la naturaleza de la misma. Al final se presenta el debriefing psicológico, de aplicación individual, como una técnica de intervención de apoyo temprano a personas que viven una experiencia que sobrepasa sus límites. Destacan en este trabajo el que no todas las personas que viven eventos de estrés intenso, traumáticos, o críticos desarrollan una crisis psicopatológica. Lo que sirve para identificar y brindar la ayuda a quienes realmente lo necesitan. Asimismo, en este trabajo se aborda de manera inicial el concepto de resiliencia como la capacidad natural de recuperación que tienen las personas y que se requiere investigar métodos para apoyar este proceso natural de recuperación.



## **Abstract**

This document provides an overview of the main variables that make up the psychological crisis with the idea of finding the essential characteristics that describe it. This initially was a brief analysis of what is not a crisis, he immediately reported some emotional states (anxiety, fear, stress, trauma, PTSD) that could be confused with the crisis and that can be understood as emotional gradients between the state of non-crisis and crisis. Then analyzed various definitions of crisis to find matches and make a conceptual approach to the nature of it. Finally comes the psychological debriefing, individual application, as a technique to support early intervention for people living an experience that exceeds their limits. Outstanding in this work that not all people living under severe stress events, traumatic, or critical develop psychopathological crisis. What used to identify and provide assistance to those who really need it. Also, this paper addresses the initial way the concept of resilience as the natural resilience people have and investigate methods required to support this natural process of recovery.

# **INTRODUCCIÓN**

## Introducción

En tema presentado aquí es vigente y al mismo tiempo es antiguo, las crisis han estado y estarán presentes en nosotros. Son una condición de la vida humana. Todos estamos expuestos a enfrentarnos en nuestra vida a algún tipo de crisis. El acontecimiento de la crisis crea un problema en la vida cotidiana de la persona y tiene el potencial de transformarla. También las personas van teniendo crisis a lo largo de su vida y somos el resultado de las mismas.

Las crisis psicológicas, desde el enfoque de la filosofía existencial, "ocurren ante transformaciones inesperadas, que generan un conflicto, donde el *yo* queda paralizado y no se percibe a sí mismo en ese presente y se detiene el tiempo subjetivo; existe el reconocimiento de que algo me acaba de suceder y no sé qué hacer con eso". (Moffatt, 2007).

Con frecuencia se piensa que las crisis son acontecimientos negativos que conllevan desorganización para la vida 'normal' de las personas. Sin embargo, desde una perspectiva más optimista "las crisis y las transiciones son la materia de que está hecha la vida, son ellas las que moldean de uno o de otro modo el carácter de las personas". (Slaikeu, 2000)

Las crisis no se pueden evitar y frecuentemente se detonan de manera repentina provocadas por un evento o eventos fortuitos, o bien, algunas veces se van tejiendo al ritmo de las decisiones pequeñas o significativas que van tomando las personas durante su vida dentro del contexto de las condiciones sociales, políticas y económicas en las que viven.

Las crisis tienen una configuración compleja, son varios los elementos que intervienen en su aparición, y tienen el potencial de dirigir hacia el crecimiento y desarrollo personal positivo o hacia el deterioro psicológico. Todo depende de si se tiene acceso a los recursos personales (autoestima, capacidad para resolver

problemas, etc.) y sociales (amigos, familiares, servicios de salud) necesarios que ayudarán a adaptarse y ajustarse a las nuevas condiciones; o bien si “las personas han puesto en marcha su capacidad natural de recuperación (resiliencia) y, después de una tragedia, resurgen emocionalmente intactos” (Stix, 2011).

Usualmente las crisis tienen como detonador un suceso específico que generan crisis en algunas personas y en otras no. Al respecto Domínguez, Pennebaker, & López, (2008) mencionan que entre el 7 y 12% de las víctimas de estrés postraumático necesitan ayuda especializada. O bien, “algunos sucesos son universales que casi siempre son capaces de provocar crisis en la mayoría de las personas, como por ejemplo: la muerte inesperada de un ser querido o una violación” (Slaikeu, 2000). En ambos casos tales sucesos deben considerar las complejas interacciones que tienen en el individuo los procesos sociales, psicológicos y biológicos, en el curso de su vida y en el tiempo histórico en que se encuentra.

La determinación de la aparición de una crisis, de su intensidad y de los efectos posteriores en gran medida depende de cómo sea percibido el evento, de los significados que conlleve, es decir, la percepción de cómo el suceso incide en la estructura existencial de la persona y qué tanto el suceso es disonante con su información existente sobre la vida y sobre la situación que le está pasando (Freeman & Dattilio, 2007). En algunas ocasiones las crisis pueden provocar la aparición de cuadros de despersonalización, depresiones, fobias y psicopatologías de acción.

Muchos son los eventos que tienen el potencial de generar una crisis, sobre todo aquellos relacionados con situaciones inesperadas y de violencia (Perren-Klinger, 2003) y es que la práctica de la violencia forma parte de la vida humana, desde los inicios de la historia, la humanidad está llena de testimonios de este tipo. En la escuela se enseña principalmente la historia de la violencia y de las guerras y raramente la historia de una cultura. El exhibir un comportamiento violento en las

relaciones interpersonales está socialmente aceptado, mientras que la educación para la paz, la resolución pacífica de conflictos y la solidaridad son todavía una tímida pincelada.

En México la práctica de la violencia ha tenido una explosión en los últimos años, según estadísticas de medios de comunicación al momento se han presentando más de 50 mil muertes por la guerra que tiene el Estado Mexicano contra los narcotraficantes. Quizás debido a ello, la percepción de inseguridad en México se incrementó 12 puntos, es decir, en el año 2010 el 83% de los entrevistados juzgan que la seguridad empeoró, en relación con el 71% de los entrevistados en el año 2009 (Mitofsky, 2010). Tal cantidad de violencia en los últimos meses incluso ha motivado movilizaciones ciudadanas como la "Marcha por la Paz con Justicia y Dignidad" donde participaron más 85 mil personas encabezados por El Poeta Javier Sicilia, cuyo hijo fue asesinado en el contexto de esta ola de violencia (Herrera, 2011). Solo piénsese la cantidad de familias que desde 2006 en que inició esta guerra contra el narcotráfico están sufriendo una crisis derivada del conocimiento de que sus hijos han muerto o están enrolados en este tipo de actividades delictivas y es que el narcotráfico se ha convertido en el quinto empleador más grande del país. Estimados recientes muestran que en México hay 468 mil personas que se dedican al narco (Rios y Sabet 2008); esto es cinco veces más personas que el total de la industria maderera mexicana y tres veces más que el personal de Pemex, la compañía petrolera con mayor número de empleados del mundo. Campesinos, matones, vigilantes, capos, abogados, doctores, secretarias; el narcotráfico necesita de todo, y de todo emplea.

Las severas crisis económicas desde los años 70's y sobre todo las semejantes en el 2009 han llevado a México a tener dificultades en los sistemas de salud, educación, empleo, traducido en pérdida de empleos, incremento en la delincuencia, abandono escolar, incremento en la violencia intrafamiliar, etcétera ocasionando una afectación al sistema de creencias de los mexicanos y aumentando la probabilidad de manifestación de crisis emocionales.

Como podemos ver, en la actualidad y debido a las condiciones de extrema pobreza, desempleo y violencia que se viven en México, existen múltiples situaciones que pueden motivar la configuración de una crisis personal y social, en este momento debe haber una gran cantidad de personas cursando por una crisis y no tienen el apoyo necesario, para muestra demos una mirada a los Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica levantada en el 2007 y donde se expresa "que de los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad fueron la depresión (4.63 y 4.8), la fobia social (5.37 y 5.8) y el trastorno por estrés postraumático (5.61 y 5.35). La depresión tuvo el mayor impacto en el área laboral (4.88). En la puntuación total de la escala, los trastornos que produjeron mayor nivel de discapacidad fueron el estrés postraumático (5.35) y la depresión (4.72)" (Muñoz, Medina-Mora, Borges, & Zambrano, 2007).

Es preciso motivar a los profesionales de la salud a identificar los rasgos de las crisis para realizar una intervención breve o bien para motivar la asistencia a centros de atención de crisis psicológica, sobretodo de aquellos profesionales que están en contacto directo con las personas que viven crisis: trabajadores sociales, médicos, bomberos, policías, psicólogos, etcétera.

Se requiere tener un esquema propicio para evaluar con certeza cuando una persona se encuentra en crisis, para brindar la atención inmediata y con los profesionales apropiados y ayudarle a superar en el menor tiempo posible los efectos causados por un evento inesperado y dejarlo en condiciones de obtener mejor atención psicológica. Aunque la mayoría de las personas se presentan a psicoterapia sólo en los momentos de crisis; una vez superado el episodio crítico desaparece la motivación para seguir explorando más profundamente los problemas.

# **CAPÍTULO I**

## I. DEL MALESTAR EMOCIONAL A LA CRISIS PSICOLÓGICA

Antes de examinar con mayor detalle en qué consiste la crisis es necesario comentar un poco sobre la *no crisis*, con la finalidad de comprender la distancia existente entre uno y otro estado emocional y también para entender los diferentes momentos que podrían tenerse para pasar de un estado a otro.

Según el Gran Diccionario de Sinónimos y antónimos Time Life (2008), la palabra crisis tiene los siguientes antónimos: "Facilidad, tranquilidad. // Bienestar, solvencia. // Estabilidad, permanencia, inmutabilidad. // Apogeo, auge, equilibrio, euforia". De acuerdo con tales antónimos de manera general podemos entender a la *no crisis* como un estado en el que la persona tiene buen funcionamiento en su actividad somática y psíquica, que puede dar solución a una dificultad o problema, que muestra firmeza, que su estado de ánimo no varía de forma repentina y que sus actos están fundamentados en la ecuanimidad y la prudencia. Podemos entender por tanto que tales estados son característicos de personas maduras y bien adaptadas.

Gastón de Mézerville (2004), refiere que "entre los distintos autores de temas psicológicos que se han abocado al estudio de la madurez, resalta particularmente el enfoque propuesto por el psicólogo Erik Erikson quien menciona que la clave del proceso maduracional en la persona joven y adulta consiste en la adquisición de fortalezas en las áreas de la identidad personal, la intimidad en su relación con los otros y la generatividad de vida que le permita trascender a las futuras generaciones". Asimismo, menciona que "este esquema fundamental del Dr. Erik Erikson... es complementado por el concepto del psicólogo Víctor Frankl de la *voluntad de sentido*, entendida como la fuerza motivadora primordial en la vida del ser humano, que permite definir a la persona madura como aquella que en un momento determinado de su vida, va desarrollando un sano sentido de identidad, un cálido sentido de pertenencia y fraternidad con sus semejantes, y un sólido sentido de misión como significado último de su existencia".



Aún cuando el planteamiento de Erickson (2004) sobre la madurez corresponde a un enfoque longitudinal del desarrollo humano; estos elementos fundamentales de la identidad, la intimidad y la generatividad pueden constituirse en criterios válidos que reflejen el grado de madurez alcanzado por una persona adulta, en cualquier edad cronológica en que se encuentre.

Estos parámetros planteados por Erikson y por Frankl, que caracterizan a la persona que goza de un auténtico bienestar, está fundamentado también en otros enfoques más generales que proponen otros autores especialistas en ajuste psicológico y salud mental (Whittaker, 1977), y que pueden redefinirse como la suma de tres componentes básicos: la autoestima, la capacidad de dar y recibir afecto, y la adaptación al estrés.

En otras palabras, a partir de la idea de que la salud mental corresponde a la capacidad de las personas de ajustarse a su mundo, "este ajuste debe realizarse básicamente en tres dimensiones específicas: *consigo mismo* (autoestima), *con los demás* (capacidad de dar y recibir afecto) y en cuanto *al enfrentamiento* de las demandas, las necesidades y los problemas que le plantea la existencia (capacidad de adaptación al estrés), son estos tres elementos los que les permitan una apropiada adaptación al medio ambiente en que se desarrolla" (Mézerville, 2004).

Ya hemos abordado, digamos, una parte del espectro emocional de los seres humanos que no se encuentran en crisis, más bien que se encuentran en un estado contrario, la madurez y la adaptación. Sin embargo, en la literatura psicológica existen también una serie de conceptos que vale la pena revisar debido a que ellos muestran otros estados emocionales por los que transitan los individuos y que podrían considerarse, según mi punto de vista, como gradientes emocionales entre la no crisis y la crisis psicológica. Podemos mencionar entre ellos al Miedo, a la Ansiedad, al Estrés, al Trauma y al Estrés Postraumático.

## 1.1. Miedo

De manera general, se puede decir que el miedo es una emoción que se reconoce por la serie de cambios fisiológicos relacionados con el sistema nervioso autónomo y el endócrino; su sentido básico es el de protección ante estímulos peligrosos, pero el ser humano, por su forma de vida, ha sacado de contexto el carácter innato del miedo y lo ha transformado en estados similares sin esa función protectora. En este sentido Gray (1993) nos trae a la memoria a William James y Carl Lange quienes formularon la teoría de la relación entre los procesos fisiológicos y los sentimientos emocionales al postular que "los sentimientos emocionales consisten en la percepción de los cambios fisiológicos producidos por el estímulo emocional..., el sentimiento de miedo es la sensación del latido cardíaco, respiración acelerada, erizamiento del pelo, etcétera, todos esos cambios dependen del sistema nervioso autónomo..." Con base en dicha formulación es que Gray (1993) dice "consideramos al miedo, como un hipotético estado del cerebro o sistema neuroendocrino, que surge en determinadas condiciones y se manifiesta por ciertas formas de comportamiento".

Entre las teorías explicativas del miedo, está también la contribución de la psicología conductista la cual señala el papel del aprendizaje de los estímulos que producen reacciones de miedo y los atemorizantes innatos, es decir, aquellos que no se han aprendido, sino que simplemente desarrollan miedo, debido a su potencial carácter peligroso para el individuo, podrían ser: el ruido, la pérdida de soporte inesperada, la violencia y el dolor (Gray, 1993).

Gray (1993), nos recuerda los trabajos realizados por Konrad Lorenz sobre siluetas amenazantes o peligrosas de aves, para los patos y los gansos, sobre el cual "se intenta demostrar e ilustrar el carácter instintivo de los comportamientos del miedo. De estos trabajos se puede deducir que un estímulo novedoso, en sí mismo, produce temor. De estos experimentos también se recibe la aportación del proceso de maduración en el miedo, en un principio, el miedo no aparece en determinada especie a estímulos específicos y más tarde sí. Parece ser que éste

proceso, puede estar relacionado con la maduración del sistema nervioso implicado, de forma que éste no posee todavía el nivel de maduración suficiente para ante determinados estímulos, reconocer y dar una respuesta adecuada. Esto se puede ilustrar, con algunos miedos infantiles cuya aparición se da a partir de los dos años, sin una experiencia previa que los pueda causar, hasta los cuatro o cinco años donde los miedos alcanzan el máximo".

Según Gray (1973),"podemos clasificar, entonces, los estímulos causantes del miedo en: intensos, novedosos, característicos de peligros especiales de significado evolutivo y estímulos procedentes de interacciones sociales entre congéneres".

En la misma línea con relación al miedo, Ramírez Villafañez (1995), menciona que "los problemas que a lo largo del desarrollo del ser humano, le generan los demás, son innumerables. Están relacionados con actuaciones sociales, que con frecuencia implican no sólo un dominio-sumisión, de uno o unos, por otro u otros, y que provocan sensaciones, sentimientos, actitudes y estilos de comportamientos inadaptativos claramente patológicos, también faltas de apoyo y refuerzo consistente con las actuaciones, que generan incompetencia y desánimo, inseguridad y miedo".

De una forma básica, podemos decir, que los seres humanos sentimos miedo, cada vez que enfrentamos una situación nueva, esto es, relativamente frecuente a lo largo de la vida, luego el miedo no se supera nunca mientras sigamos viviendo, eso sí, podemos aprender manejarlo para que no nos paralice o nos invalide. Sin embargo aún y cuando el miedo tienen el potencial de desencadenar una crisis, en realidad no podemos decir que son una crisis en toda la extensión de la palabra.

## **1.2. Ansiedad**

La ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligros anticipados. Existe un nivel de

ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y la actividad. Sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana (Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón, & Monge, 2001).

Por su parte Miguel T., (1996) en su libro comenta que "la ansiedad engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos... La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo".

En el DSM-IV-TR (2003), en la sección Trastornos de Ansiedad se describen los siguientes trastornos de ansiedad: Trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el manual se menciona que "en el contexto de todos estos trastornos, pueden aparecer trastornos de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se pongan por separado".

Dryden y Yankura (2005), mencionan que "... en contraste con su relativamente elevada prevalencia en la población general, solo el 10% de los clientes que acuden a los Centros de Salud Mental reciben un diagnóstico primario de Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG). La presencia de ansiedad generalizada *per se* es común, no solo en los trastornos de ansiedad y afectivos, además es considerada como un importante aspecto de cualquier psicopatología y como problema común en la población general. De hecho se ha estimado que la

ansiedad generalizada está presente entre el 40 y el 50% de los pacientes que solicitan atención primaria en centros de salud mental”.

En su libro *Terapia Conductual Racional Emotiva*, Dryden y Yankura (2005), comentan que “los puntos de vista de los profesionales del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se ha modificado desde la categoría de trastorno por ansiedad residual... a ser designado solo cuando no se satisfacen los criterios de otros trastornos de ansiedad, hasta convertirse en el “trastorno de ansiedad básico, en el DSM IV”. Asimismo, Dryden y Yankura (2005) mencionan que “asociada a la perspectiva actual del TAG está la conceptualización de la *preocupación*, es decir, la aprehensión ansiosa, como proceso fundamental en todos los trastornos de ansiedad”.

La aprehensión ansiosa se define como un estado de ánimo orientado al futuro en el cual el individuo se prepara o dispone para manejar los venideros sucesos negativos. La aprehensión ansiosa se asocia con un estado de elevado afecto negativo y sobreactivación crónica, una sensación de incontabilidad y un foco de atención dirigido a los estímulos relacionados con la amenaza –por ejemplo, elevada atención focalizada en uno mismo, o preocupación por uno mismo e hipervigilancia– (Dryden & Yankura, 2005).

Dryden y Yankura (2005) siguiendo con su línea explicativa mencionan que “aunque el proceso de aprehensión ansiosa se considera presente en todos los trastornos de ansiedad, el contenido (focus) de la aprehensión ansiosa varía de un trastorno a otro. Así por ejemplo, las personas con trastorno de angustia se preocupan por futuras crisis de angustia, las personas con fobia social se preocupan por la desaprobación y la vergüenza y las personas con trastornos obsesivos compulsivos (TOC) se preocupan por el contagio o por ser responsables de ocasionar daño”.

En suma, la ansiedad parece ser una emoción de prevalencia común entre la población. Está determinada como una emoción base que acompaña otros

padecimientos como las fobias específicas, que por sí misma es indicativa de un estilo de pensamiento irracional y tendiente a catastrofizar, elemento que incrementa la probabilidad de la aparición de una crisis psicológica, por su tendencia a mirar solo los potenciales problemas que pueden ocurrir en lugar de mirar las alternativas de solución ante cualquier suceso imprevisto.

### **1.3. Estrés**

Los seres humanos en general tienen la necesidad de proyectar su vida, es decir, de actuar construyendo productivamente hacia el futuro de acuerdo a sus capacidades e intereses. Esta necesidad de producir como parte del propósito vital de toda persona, está relacionada con la capacidad para asimilar sanamente las tensiones y el desgaste que de modo inevitable deberá enfrentar en el desarrollo de su misión en la vida. En este sentido como lo menciona Mézerville (2004), "la buena adaptación al estrés puede considerarse como uno de los parámetros más relevantes, junto con la autoestima y la capacidad para dar y recibir afecto, de las personas que gozan de una buena salud mental". Lo cual lleva implícito que el deficiente manejo de las tensiones y el desgaste generado por la vivencia cotidiana puede llevar a una persona a actuar por debajo de su potencial e incluso a enfermar físicamente.

Ante tal tensión y desgaste causado por la vida Mézerville (2004) nos trae a la memoria al médico canadiense Hans Selye quien acuñó el término estrés para referirse a la "suma de de todas las formas de desgaste causadas por los diferentes tipos de reacciones vitales en todo el organismo en todo momento"

Por su parte Bensabath (1984) menciona que "la palabra estrés sirve para describir nuestra reacción a todos los acontecimientos que vivimos, a las agresiones físicas y psicológicas, a las emociones y a las coacciones, a nuestra adaptación, en suma, a la vida y a los cambios".

El estrés tiene varios niveles de comprensión. Un primer nivel es el referido al de estar vivo, es decir, sobre el papel que desempeña al estrés ante el

mantenimiento de la vida en general, a este respecto Mézerville (2004), nos trae a la memoria las palabras del Dr. Selye cuando establece que "nadie puede vivir sin experimentar algún grado de estrés todo el tiempo". Esta afirmación explica que cada célula, tejido, órgano o sistema del cuerpo experimentan de continuo una tensión básica que permite mantener la vida. Es decir, el solo hecho de mantener funcionando los diferentes órganos y funciones del cuerpo requiere de la inversión de energía y por tanto de un proceso de desgaste natural. El estrés es un proceso fisiológico normal de estimulación y de respuesta indispensable para la vida y el funcionamiento de nuestro cerebro y de los distintos órganos. Toda actividad física o psíquica es teóricamente un factor de estrés. Es decir, gracias al estrés el ser humano puede adaptarse y progresar (Bensabat & Hans, 1984).

Existen también respuestas de estrés que son más específicas de las distintas partes del cuerpo ante demandas o amenazas que pueden experimentarse en un momento dado. En este sentido Mézerville (2004) menciona que "la acción directa de cualquier agente de estrés sobre un parte limitada del cuerpo constituye una forma de estrés local y la reacción defensiva de cualquier órgano o sistema para lograr una respuesta adecuada de adaptación se denomina síndrome local de adaptación". Ello significa, "nuestro cuerpo puede sufrir simultáneamente varios estreses locales sin que exista un estrés y una reacción general de defensa. Solo cuando el estrés local se hace intenso y la agresión se desborda, se da una respuesta más extensa por medio del síndrome general de adaptación, que aporta su ayuda a la lucha local (...) además de la respuesta específica de cada factor de estrés, como el frío que exige una respuesta de recalentamiento de la piel, o el calor con una respuesta de enfriamiento, existe una respuesta complementaria biológica común a todos esos factores y por tanto no específica, es decir, independiente del tipo de factor causante, y que se traduce por un conjunto de cambios y de reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general". Esta última conclusión nos conduce a otro nivel de comprensión del estrés como el Síndrome General de Adaptación.

En cuanto al síndrome general de adaptación este no siempre entra en marcha, lo hace cuando la situación es nueva, imprevista o amenazante.

Ante tales situaciones nuevas, imprevistas o amenazantes el síndrome general de adaptación es la respuesta inmediata del organismo a tales estímulos y que Mézerville (2004) hace un resumen en los términos siguientes: "el cuerpo ha desarrollado a lo largo de su evolución un mecanismo de respuesta que activa el sistema nervioso autónomo con el fin de desarrollar una reacción simpática que capacita al organismo para combatir o escapar. Esta reacción de emergencia se manifiesta biológicamente por una estimulación predominante sobre el sistema simpático hipófiso-cortico-suprarrenal, que produce una secreción de varias hormonas llamadas epinefrina, norepinefrina, cortisona, y hormona adrenocorticotrópica. Las dos primeras, conocidas con el nombre común de adrenalina, se asocian con las otras dos para elevar el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, así como la respuesta galvánica de la piel por la transpiración; a la vez se aumenta también el porcentaje de azúcar en la sangre y se liberan unos ácidos grasos de las reservas adiposas. Toda esta respuesta del organismo se da con el fin de proporcionar la energía que sea necesaria para la defensa contra la agresión, para el logro de la supervivencia y para la adaptación a nuevas condiciones de vida".

Mézerville (2004) recuerda la definición de estrés que El Dr. Selye hace "la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga" y también aclara la diferencia que existe entre los conceptos de estrés y síndrome general de adaptación indicando que "mientras que el estrés se refleja en la suma de los cambios no específicos que ocurren en el cuerpo en un momento particular, el síndrome general de adaptación incluye todos los cambios no específicos que surgen a lo largo del tiempo durante la exposición continua a un estresor. El uno es una fotografía, mientras que el otro es una película del estrés".



El Dr. Hans Selye (1956) en su libro el estrés de la vida propuso que los seres vivos reaccionamos ante el estrés físico o psicológico en tres etapas: de alarma, de resistencia, de agotamiento; ante el proceso denominado síndrome general de adaptación.

En la Etapa 1 o **reacción de alarma**, el cuerpo acrecienta la reacción emocional haciéndonos más sensibles y alertas, ante el reconocimiento de se está ante un peligro físico o psicológico que se debe repeler. En esta etapa se producen cambios fisiológicos que ayudan a movilizar todos los recursos. "Hay un aumento en la frecuencia y fuerza del latido cardiaco, que facilita un bombeo más rápido de oxígeno; contracción del bazo, que libera glóbulos rojos almacenados al torrente circulatorio, con objeto de transportar éste al oxígeno, liberación hepática de azúcar almacenado para uso de la musculatura; redistribución de la sangre circulante por piel y vísceras a favor del cerebro y músculos; aumento de la capacidad respiratoria y dilatación branquial para captar más oxígeno; dilatación pupilar, quizá con el objeto de mejorar la eficacia de la visión; aumento de la coagulabilidad de la sangre, con objeto de cerrar posibles heridas; y un aumento de los linfocitos circulantes, que facilitan la reparación del daño tisular. Todo esto producido en cuestión de segundos o minutos. Sin embargo, en las condiciones de la vida moderna esta respuesta es frecuentemente tardía e innecesaria, dado que el peligro probablemente nunca reclama ataque o huida" (Gray, 1993). Si ninguno de estos mecanismos logra reducir el estrés se pasa a la segunda etapa:

En la Etapa 2 o **de resistencia**, se manifiestan diversos síntomas psicosomáticos y otros signos, intensificándose el uso de técnicas directas y defensivas de confrontación. Gray (1993) menciona que "en esta etapa tiene lugar importantes cambios en el funcionamiento de las vías bioquímicas que controlan la síntesis de catecolaminas. Estos cambios parecen tener la función de aumentar la capacidad de las células implicadas de mantenerse a la altura de las demandas que exigen una liberación aumentada de las catecolaminas que contienen. Así el estrés prolongado origina en la médula suprarrenal un aumento de los niveles de

las tres enzimas responsables de la síntesis de catecolaminas”, también Gray (1993) menciona que “otros cambios producidos por el estrés prolongado afectan el crecimiento corporal y al metabolismo. Conduce a una disminución de la actividad del tiroides, probablemente dependiente de una menor secreción de la hormona estimulante del tiroides TSH por parte de la adenohipófisis; también determina una inhibición del crecimiento. Un aspecto muy importante del periodo de resistencia del síndrome general de adaptación es la supresión de un buen número de funciones orgánicas relacionadas con la conducta sexual y reproductora. Por tanto, el estrés prolongado determina un frenazo masivo de todas las actividades encaminadas hacia el crecimiento, reproducción y resistencia a la infección, a favor de los mecanismos que facilitan una enérgica acción inmediata”.

En la etapa 3 o **de agotamiento**, la persona usa sus mecanismos de defensa de manera cada vez más ineficiente, en un intento desesperado por controlar el estrés. Si aún así continua, pueden presentarse daños físicos o psicológicos irreparables, incluso la muerte (Mézerville, 2004).

El estrés tiene implicaciones multifactoriales, de acuerdo con algunos autores (Domínguez, González, Esqueda, Esqueda, & Rangel, 2005), “estar expuesto a altos niveles de estrés cotidiano y no contar con habilidades para su control, desencadena alteraciones en la psicofisiología, generando a corto plazo sintomatología importante como cefaleas o alteraciones en la presión arterial. Estos síntomas, si no son debidamente atendidos, se convierten a mediano plazo en problemas severos de salud de diferente índole; gastrointestinales (gastritis, colitis, úlceras, etcétera), inmunológicos (desde gripas frecuentes, hasta exacerbación de sintomatología en problemas de VIH, cáncer, lupus, etcétera) y problemas cardiovasculares, como infartos e hipertensión arterial llegando a ser incapacitantes y provocando desequilibrios a nivel individual, familiar, laboral y económico”.

El estrés no necesariamente es negativo o malo como indica el Dr. Selye en su libro *estrés de la vida cotidiana* (1956), "el estrés no es tampoco necesariamente malo para usted; también es la sal de la vida, ya que cualquier emoción o cualquier actividad causan estrés. Pero por supuesto, su sistema debe estar preparado para manejarlo. El mismo estrés que hace enfermar a una persona puede constituir una experiencia vigorizante para otra". O bien, como afirma el Dr. Bensabat (1984), "una emoción agradable o una alegría intensa producen los mismos efectos que una emoción desagradable o una mala noticia y, en los dos casos, son causa de estrés" Por su parte Mézerville (2004), menciona que " cuando las respuestas del organismo se hacen en armonía, con naturalidad y sin consecuencias desagradables, pues se adaptan bien a las capacidades físicas y psicológicas de la persona, estaremos hablando de estrés positivo, denominado a veces eutrés. Por el contrario, cuando las respuestas exigidas por una demanda intensa y prolongada, agradable o desagradable, resultan excesivas y superan las capacidades de resistencia y de adaptación del organismo, nos estaremos refiriendo más bien a un estrés negativo, designado también con la palabra *distrés*.

La presencia de estrés y de estrés continuo como indicaron los autores arriba mencionados no implica aún que los individuos tengan consecuencias patológicas, las cuales se presentarían si fallan las estrategias de adaptación, dando como resultado reacciones de estrés negativo, reacciones por estrés grave y trastornos de adaptación, o bien, crisis del desarrollo y desajustes transicionales.

#### **1.4. Trauma**

Eduardo Greco (2010) sobre el trauma escribe: "todo organismo vivo tiene una capacidad determinada de asimilar estímulos y experiencias. Este umbral de reacción está construido a partir de patrones propios de la especie, a los que se agregan otros que pueden ser hereditarios, constitucionales o experienciales. Esto hace que cada quién tenga un grado mayor o menor de resistencia que otros ante las mismas situaciones". Asimismo, menciona que "cuando la excitación recibida va más allá de este límite se puede producir un desequilibrio que se traduce en una

variada gama de reacciones de acuerdo con la naturaleza de los factores que lo están causando, e inclusive puede alcanzar a convertirse en un 'trauma'. Un trauma es un monto de excitación que la persona no puede descargar y que, al quedar dentro de ella, la desorganiza, lastima y hace sufrir. Esta energía inasimilable que queda dentro del sujeto, que no encuentra camino de salida, altera su conciencia de un modo radical, lo conmociona tanto psíquica como orgánicamente hasta tal punto que la persona se siente extraña y desconectada de la vida".

Por otro lado, Freud en su libro estudio sobre la histeria (2002) postula "que los incidentes son traumáticos no solo porque evocan una emoción fuerte, sino porque hay otra emoción, igualmente fuerte, que se le opone: por ejemplo el deseo contra el sentido de decencia. Consecuentemente, Freud busca el origen de esas fuerzas o energías que 'crean' o mantienen esos deseos o ideas y los conflictos que deben existir a fin de crear las situaciones descritas. En esa búsqueda, Freud genera los conceptos de Pulsión como la energía que mantiene los procesos mentales y una concepción de la mente que no es ni totalmente racional ni con una estructura unitaria. Freud, eventualmente, concluye que debe haber no solo un conflicto interno de emociones que produce una acumulación de "energía", sino además una falencia en la descarga o uso de esa energía en la génesis de un trauma. Como resultado de todo lo anterior, lo traumático es, para Freud, simplemente aquello que causa síntomas. Un incidente es traumático no solo porque incrementa esos conflictos internos sino porque de alguna manera los llevan a la consciencia y esos conflictos no pueden ser tolerados conscientemente.

En otras palabras, para Freud, un trauma no es producto de un incidente, por fuerte o dramático que sea, o una emoción, sino de por lo menos dos, que están, junto a las ideas y deseos asociados, en conflicto. El individuo ha "resuelto" ese conflicto a través de no estar consciente de él. En algún momento, algo lo obliga a darse cuenta de ese conflicto. Los síntomas son, en esta visión, no tanto producto de una disfunción mental, como una tentativa de evitar dejar entrar en la

consciencia el conflicto. Por ejemplo, un individuo puede "preferir" dejar de ver, que ver aquello que amenaza su estabilidad, en la medida que lo fuerza a confrontar su conflicto interno".

Por su parte Martín Seligman (1967), explica que "la depresión y sentimiento de incapacidad frecuentemente encontrados entre las víctimas de tortura como un ejemplo de Indefensión aprendida: individuos sometidos a un estímulo muy aversivo encuentran que sus acciones iniciales para evitarlo no producen ningún cambio positivo en su situación, sino que, por el contrario, resultan en la continuación del estímulo aversivo. En consecuencia, esas respuestas de evitación o escape son, eventualmente, totalmente extinguidas y reemplazadas por una de pasividad y sometimiento, al extremo de que algunas víctimas ni siquiera consideran la posibilidad de intentar un escape si las circunstancias son favorables".

Es importante notar que desde este punto de vista no se niega que algunas situaciones sean extremas o traumáticas. Lo que se afirma es que el mecanismo del trauma es esencialmente similar a cualquier otro proceso de aprendizaje.

### **1.5. Estrés Postraumático**

Benjamín Domínguez, James Pennebaker y Yolanda Olvera (2008), mencionan que "las personas expuestas a hechos traumáticos suelen presentar un rango de fenómenos clínicos, que van desde el distrés moderado hasta consecuencias más severas, como el estrés postraumático (EPT). El proceso central de todas estas manifestaciones clínicas es el estrés; en condiciones agudas éste desempeña un papel adaptativo y esencial para la supervivencia". Los ejemplos más representativos de hechos traumáticos son la amenaza continua, situaciones de privación, desastres naturales, secuestros, violaciones, accidentes de tránsito, etcétera.

De acuerdo con investigaciones clínicas, la mayoría de las víctimas de estos eventos presentan síntomas de poca duración y generalmente se recuperan de forma gradual. Asimismo, "solo entre 7 y 12% de las víctimas de EPT necesitan ayuda especializada" (Domínguez, Pennebaker, & López, 2008).

Antes de describir el estrés postraumático desde el DSM-IV-TR me parece importante revisar La Teoría polivagal del Doctor Stephen W. Porges sobre la cual nos recuerdan Domínguez, Pennebaker y López (2008), según esta teoría, gran parte de la conducta social y las emociones tienen importantes condicionantes fisiológicos, los cuales son una consecuencia del peculiar modo en que los mamíferos han resuelto la regulación del sistema nervioso autónomo a través del nervio vago.

Específicamente en el libro estrés postraumático publicado por Domínguez, Pennebaker, y López (2008) comentan que "la teoría polivagal postula tres subsistemas filogenéticamente instalados de acuerdo con una jerarquía del sistema nervioso autónomo que regula nuestras respuestas neurobiológicas a los desafíos, cambios ambientales y traumas: 1) la rama parasimpática ventral del nervio vago (Sistema de Involucramiento Social –SIS- distintivo de los mamíferos humanos), 2) el sistema simpático (movilización) y 3) la rama parasimpática dorsal del nervio vago (inmovilización). Cada subsistema corresponde a una de las tres zonas de activación; la acción clínica encaminada a la modulación de la parte ventro-vagal (altamente mielinizada) empata con las acciones de activación óptima, el sistema simpático con la acción hiperactivada y el sistema dorsovagal con la acción hipoactivada". Dichos autores mencionan también que "los componentes del SIS permiten un involucramiento y desinvolucramiento fluido con el ambiente y en las relaciones sociales regulando la frecuencia cardíaca sin movilizar la rama simpática (un freno vagal). Este complejo mecanismo de 'frenado' del SIS puede acelerar o reducir la tasa cardíaca permitiendo al corazón desacelerar inmediatamente e inhibir las reacciones defensivas más primitivas...

En contextos que no incluyen retos o amenazas, el SIS disminuye la actividad del sistema nervioso simpático y esto tiene como consecuencia el facilitar el involucramiento con el ambiente al fomentar apegos positivos y vínculos sociales muy complejos, como las relaciones basadas en confianza mutua. En situaciones amenazantes una persona bien adaptada puede regular sus SIS para negociar por medio del diálogo... Incluso donde el SIS no es útil para negociar, puede transitar rápida y automáticamente hacia estrategias de movilización del sistema simpático (luchar-huir). Por tanto, el principal papel del SIS es contribuir a mantener conductas de involucramiento social, aunque el papel secundario del mismo es mantener la activación del sistema nervioso simpático dentro de límites manejables. Sin embargo, en respuesta a un trauma esta secuencia reguladora con un "cableado" evolutivamente reciente puede perturbarse... Cuando se instala una falla crónica en el SIS para negociar seguridad y protección, como en el caso de personas vulnerables y con síndrome de desesperanza aprendida, el sistema se desconecta. Sin la influencia del 'freno vagal' del SIS los otros sistemas (simpático y dorsovagal) se mantienen elevadamente activados contribuyendo a una mayor vulnerabilidad y desgaste. Cuando repetidamente el SIS ha sido insuficiente para detectar desafíos y amenazas ambientales (como en el estrés postraumático y el dolor crónico), la disponibilidad a largo plazo de este sistema se reduce con un deterioro en la capacidad futura del individuo para las relaciones afectivas y sociales (Domínguez, Pennebaker, & López, 2008).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) según el DSM-IV-TR (2003), es un trastorno de ansiedad que una persona puede desarrollar después de experimentar o ser testigo de un suceso traumático extremo durante el cual siente un miedo intenso, desesperanza y horror.

**Los criterios diagnósticos del TEPT son:**

- (Criterio A1). El individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.
- (Criterio A2). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado).
- (Criterio B). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático.
- (Criterio C). De evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo.
- (Criterio D). Síntomas persistentes de activación (arousal).
- (Criterio E). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes.
- (Criterio F). Provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (DSM-IV-TR, 2003)

Domínguez, Pennebaker, y López (2008) comentan que “Los Síntomas psicológicos del TEPT pueden categorizarse en tres conjuntos: reexperimentación, evitación-entumecimiento y activación autonómica elevada. Al primer conjunto de síntomas de reexperimentar, por ejemplo: pesadillas, flashbacks o recuerdos incontrolados, se les considera como distintivos del EPT”. Asimismo, mencionan que “el segundo conjunto está compuesto por los síntomas de evitación vigorosa (alejarse deliberadamente de los estímulos relacionados con el trauma), junto con los síntomas de insensibilidad/ adormecimiento emocional; estos últimos también se han considerado distintivos de los EPT”. El tercer conjunto incluye “la activación elevada, dificultades serias para conciliar el sueño, hipervigilancia e



irritabilidad, que también pueden estar presentes en otros problemas psicológicos y psiquiátricos”.

### **Los eventos traumáticos se clasifican comúnmente en:**

- *Abuso*: mental físico, sexual, verbal o modal.
- *Catástrofe*: accidentes, desastres naturales, terrorismo.
- *Ataque violento*: asalto, maltrato y violencia doméstica, violación.
- *Guerra, batalla y combate*: muerte, explosión, disparos.

### **Especificación**

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

1. **Agudo**. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
2. **Crónico**. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
3. **De inicio demorado**. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. (DSM-IV-TR, 2003)

### **Prevalencia**

Algo interesante de anotar es lo subsecuente: “Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p. ej., veteranos de guerra, víctimas de

erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58 %” (DSM-IV-TR, 2003). Estos datos deben tomarse con cautela debido a que existen estudios a poblaciones particulares afectadas por traumas que mencionan una frecuencia diferente, por ejemplo Domínguez, Pennebaker, y López (2008), mencionan los resultados de los estudios de Resnik los cuales indican que 32% de las mujeres víctimas de violación complian con el criterio para periodos prolongados y 12.4% para síntomas vigentes del EPT, de la misma manera se han encontrado tasas elevadas en otras poblaciones.

Las reacciones de estrés postraumático también se han encontrado en otro tipo de eventos estresantes intensos como la muerte de un ser querido, sobrevivientes de suicidio y pacientes en etapas de duelo (Domínguez, Pennebaker, & López, 2008).

Diversos teóricos han sugerido que los factores cognoscitivos tienen un impacto crítico en la respuesta al trauma y en la persistencia del estrés postraumático por el mantenimiento de las *creencias y valoraciones negativas* de que la amenaza continúa. Tales creencias y valoraciones pueden motivar la aparición de estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales como no pensar en el trauma o no enfrentar las situaciones o sitios donde se produjo. Asimismo, las valoraciones subjetivas de un evento como la percepción de pérdidas, amenaza del daño y nivel de control pueden explicar por qué algunas personas, después de situaciones estresantes pero aparentemente no catastróficas, como el divorcio desarrollan EPT, mientras que otras después de un trauma de gran magnitud como el secuestro y la tortura no lo desarrollan (Domínguez, Pennebaker, & López, 2008)

Ante los traumas los seres humanos reaccionamos con estrategias de *afrontamiento activo* (lucha-huida) o *afrontamiento pasivo* (desinvolucramiento-disociación) depende si percibimos si la amenaza o el estresor son controlables o

incontrolables. Las estrategias de afrontamiento activo son consideradas estrategias de afrontamiento adaptativas mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas son consideradas estrategias desadaptativas.

Durante el desarrollo de este capítulo hemos abordado lo que se puede considerar la *no crisis* o lo que se considera una personalidad madura, a fin de tomarlo como un elemento basal y como elemento de contraste con lo que significa una crisis. Asimismo, se han descrito El Miedo, la Ansiedad, el Estrés, el Trauma y el Estrés Postraumático, con la finalidad de observar diversos estados emocionales que se presentan en los individuos. Todos ellos reflejan diversos síntomas en el nivel fisiológico y psicológico y alteran de alguna manera el comportamiento de las personas en su ámbito de acción. Es decir, influyen en la eficiencia de las personas para hacer frente a su realidad de una manera adaptada. Sin embargo, en la descripción y análisis de tales estados emocionales no se expresa tácitamente que produzcan una crisis emocional. Podemos tomarlos como estados emocionales que representan dificultades conductuales pero que las personas que las viven pueden todavía generar las opciones para hacer frente a sus requerimientos cotidianos. Obviamente ante los estados emocionales descritos se requiere de brindar los tratamientos necesarios para abordar su manejo clínico con mayores ventajas terapéuticas.

## **CAPÍTULO II**

## II. DEFINICIÓN DE LA CRISIS PSICOLÓGICA.

En el lenguaje cotidiano tanto los profesionales de la salud como aquellos que no lo son utilizan el término crisis psicológica, crisis emocional, o solamente crisis, de manera indistinta y para referirse a una gama de emociones diversas como la tristeza, la depresión, la tensión, nerviosismo o ante un problema de adaptación. Derivado de esta diversidad de significados es necesario definir la crisis, fundamentalmente para comprender su naturaleza, es decir, entender su esencia y sus propiedades características.

A continuación se presentan algunas definiciones realizadas por diversos especialistas e investigadores con la intención de encontrar las similitudes y diferencias en su conceptualización.

Slaikeu (2000) recuerda el análisis semántico de la palabra crisis realizado por Wilhelm, lidel y Scott, en el año 1968 el cual revela significados de interés psicológico, por ejemplo, el término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo. La palabra inglesa se basa en el griego krinein, que significa decidir. Es decir, las derivaciones de la palabra griega significan que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar.

Bellack y Small, (1980) nos trae a la memoria la definición que hacen Lindeman y Caplan acerca de la crisis como "un estado provocado cuando una persona encara un obstáculo a las metas importantes de su vida, que por un tiempo, resulta inmanejable por medio de la aplicación de los métodos usuales para resolver problemas. Sigue un periodo de desorganización y de perturbación durante los cuales se hacen diversos intentos que abortan en la solución del problema. Eventualmente se consigue algún tipo de adaptación que puede o no ser de interés para la persona y sus parientes". También mencionan que "la crisis

grava los recursos y fuerzas de los individuos y amenaza su integridad. Una crisis puede traumatizar imponiendo condiciones que estén más allá de las capacidades individuales de adaptación. Pero las crisis también pueden movilizar los recursos de la persona y sobre todo su motivación para aprender nuevas formas de enfrentarse con las situaciones productoras de ansiedad”.

Por su parte Caplan (1985), refieren a la crisis como “un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace en cualquier ejemplo particular depende hasta cierto punto de la forma en que se maneje la situación. Los individuos que logran dominar una experiencia penosa, resultan a menudo fortalecidos y más capacitados para encarar en forma efectiva en el futuro no solo la misma situación sino también otras dificultades”.

Gomez del campo (1994) menciona que “una crisis es una combinación de situaciones de riesgo donde en la vida de una persona coinciden tanto su desorganización psicológica como su necesidad de ayuda. La crisis representa tanto un trastorno mental como la oportunidad del crecimiento de una persona. Las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad de resolver problemas, donde la ayuda externa es crítica para determinar cómo tomarán los individuos sus decisiones, es decir, el punto de partida o punto decisivo para el cambio”.

Benveniste (2000), por su parte, propone una definición más sencilla en los siguientes términos: “Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual”.

Slaikeu (2000), define a la crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.

Hasta aquí el planteamiento de algunas definiciones que ponen énfasis en variables intrapsíquicas. Sin embargo, los expertos también han comprendido que las crisis están inmersas en la trama de la vida social. Al respecto, Alfredo Moffatt (2007) en su libro *Terapia de Crisis: la emergencia psicológica*, define a la crisis desde el enfoque de la filosofía existencial como, "una transformación inesperada donde el *yo* no se percibe así mismo en ese presente y se detienen el tiempo subjetivo". Este enfoque percibe al hombre como un proyecto, un ser arrojado a su futuro que lo espera y que toda su historia da sentido a esta organización prospectiva. Donde "el proyecto vital es una configuración desde un vínculo, que contiene una contradicción, que genera un conflicto, y los avatares de ese conflicto generan una historia. El *Da Sein* (ser ahí) de la filosofía existencial es un *Mit Da Sein* (ser ahí con) es decir, un proyecto con otro. En los momentos de discontinuidad [debido a una crisis] de esa aventura del existir, el yo queda solo y paralizado, si pierde a ese otro, se pierde a sí mismo. La mirada del otro es lo que me define, yo existo en ese transcurrir, si desaparece el conflicto, se detiene la vida y desaparece el sujeto.

Por su parte, la Teoría General de los Sistemas propone que "observemos el contexto en el que vive la persona y, en particular, en las interacciones entre la persona, subsistemas diversos y el medio (familia y comunidad). Es esta dinámica entre la persona y su medio inmediato lo que puede dar las pistas del inicio de la crisis, lo mismo que su duración y efecto último (Slaikeu, 2000).

Una de las maneras como se ha construido la idea de crisis en la Terapia Familiar Sistémica es a través de la epistemología cibernética. La idea básica de la cibernética es la *retroalimentación* (Keeney, 1991) la cual se refiere al cambio dinámico de las reglas de funcionamiento de un circuito. A este respecto Watzlawick en (1999), menciona que la "crisis es el efecto que se produce en todo el sistema cuando se amplifica un tramo de la recursión de la energía. Esta amplificación genera un desorden en el equilibrio del funcionamiento, obligando a los integrantes [de una familia], o bien a refortalecer sus reglas existentes,

retornando al *status quo* anterior a la crisis, ó a reformular las reglas y las funciones de cada miembro, produciendo un nuevo orden que lleve a una recursión diferente". Digamos que la crisis, desde este enfoque, es una forma de regulación que fomenta la supervivencia de un sistema, ya sea individual, familiar u otro; y que la reparación de esa regulación problemática que alimenta la crisis, se consigue haciendo cambios en el sistema que den paso a una nueva organización.

Con base a lo anterior, podemos entender que el cambio es el tema central de las crisis y sus intervenciones. Frank S. Pitman en (1991), al respecto del cambio menciona que "Una crisis no es más que una situación en un periodo de cambio inminente, el punto en que las cosas podrían mejorar o empeorar pero, inevitablemente cambiarán". Sin duda el cambio es lo que experimentan las personas en crisis y es que ante el cambio se pueden tener muchas reacciones (entre ellas de terror), por lo que varias quieren impedirlo. Una de las razones de la asistencia de personas a servicios de psicoterapia en periodos de crisis es la esperanza de encontrar maneras de evitar el cambio temido, sin saber que con esta actitud eluden el peligro pero también la oportunidad. Digamos que el cambio es el problema central de la crisis porque ésta aparece cuando no se acepta el cambio o no se está preparado para él. Sin embargo, la cibernética sugiere que se interprete el cambio también como el intento que se tiene para mantener cierta constancia y, paradójicamente también, puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio.

Por otro lado, en la línea de analizar las variables sociales implicadas en la aparición de las crisis, el *Enfoque del Curso de Vida*, constituye una plataforma conceptual desde la cual es posible abordar el estudio de la vinculación entre las vidas individuales y el cambio social en las crisis. Esto quiere decir, con base en los conceptos emanados del enfoque del curso de vida, que la aparición de una crisis se da cuando ante un suceso precipitante se alteran una o varias trayectorias de vida de una persona poniéndola ante una transición, lo cual implica una serie de



costos y consecuencias para su vida por el hecho mismo de haberse presentado dicha transición, como por sí, la personas en tal situación, toma o no las decisiones correctas y si desarrolla o no las habilidades necesarias para hacer frente a este nuevo estado (Elder G. , 2001).

De las definiciones anteriores de crisis podemos visualizar una serie de conceptos y características comunes como los siguientes:

- Las crisis se presentan ante transformaciones inesperadas,
- entrañan peligro u oportunidad,
- tienen un estado temporal,
- generan un periodo de desorganización y perturbación,
- tienen afectación en las estrategias de afrontamiento para la solución de problemas e
- implican a otros, es decir, se dan en un contexto más amplio como en el familiar y social.

## **CAPÍTULO III**

### III. NATURALEZA DE LA CRISIS

A partir de las coincidencias y similitudes de las definiciones de crisis de los autores anteriores, como propuesta, comento que la naturaleza de las crisis en lo general contienen las siguientes propiedades características: temporal, determinada, personalísima, perturbadora, crucial y sistémica:

- **Temporal.**- Tiene una duración observable y limitada en el tiempo.
- **Determinada.**- Ha sido precipitada o desbordada por algún suceso específico.
- **Personalísima.**- Porque es una experiencia propia, única. Cada persona vive su propio universo con base en su sistema de creencias y le da su propio sentido.
- **Perturbadora.**- Tiene afectaciones en el estado emocional de las personas y en las estrategias cotidianas de afrontamiento para la solución de problemas.
- **Crucial.**- Entraña peligros y oportunidades.
- **Sistémica.**- Está inmersa en la trama de la vida social implicada por esta e influyendo en la vida de los otros.

Fundamentándonos en la definición Slaikeu (2000), y tomando como base las coincidencias conceptuales de las definiciones y naturaleza de las crisis presentadas anteriormente, se procederá a describir con más detalle los elementos constitutivos que se derivan obligadamente de dicha definición.

#### 3.1. Temporal

Esta característica implica que la crisis tiene una duración concreta en el tiempo y que más bien tiende a ser corta. A ese respecto Caplan (1964) dice que

el período de duración de una crisis oscila entre 4 y 6 semanas. Sin embargo, Lewis, Gottesman y Gutstein (1979) al aplicar pruebas psicológicas, observaron que muchos pacientes de cáncer que fueron intervenidos quirúrgicamente, no habían superado la crisis pasada las seis semanas. Esto los llevó a hacer una distinción importante: es muy probable que en curso de seis semanas el equilibrio se restablezca, es decir, desaparezca la conducta errática, se de la disminución de manifestaciones somáticas, etc. aunque esto no significa que el desencadenante que originó la crisis esté resuelto, y por lo tanto que la persona no se siga viéndose afectada por este. Por su parte, Domínguez, Pennebaker, y López (2008) citan los trabajos Schut y sus colaboradores los cuales encontraron que "después de la muerte de un integrante de la pareja, 50% de los participantes quedaban ubicados dentro de los criterios de estrés postraumático, y que después de dos años 9% continuaba dentro esos criterios de evaluación".

Stix (2011) en su artículo True Grit menciona que "cuando sucede lo peor, una muerte en la familia, un ataque terrorista, una epidemia, miedo paralizante a la mitad de una batalla, experimentamos un sentimiento de profunda conmoción y desorientación". Dice también que "los científicos que estudian las consecuencias de estos acontecimientos han aprendido algo sorprendente: la mayoría de las víctimas de la tragedia pronto comienzan a recuperarse y, en última instancia, resurgen emocionalmente intactos". De lo que Stix está hablando, en este artículo publicado en Scientific American en marzo de 2011, es de los recientes descubrimientos hechos por el Dr. Bonanno en el tema de la resiliencia y es que el estudio de la resiliencia está empezando a descubrir mecanismos subyacentes a través de imágenes cerebrales y bases de datos genéticas, cuáles son los factores bioquímicos, genéticos y del comportamiento que interactúan para restablecer nuestro equilibrio emocional. Stix (2011), menciona que "George Monanno ha encontrado que la mayoría de la gente se adapta sorprendentemente bien en cuestión de meses. Lo que Bonanno y sus colaboradores encontraron es que no había ningún rastro de huellas psíquicas, aumentando la posibilidad de que la

resiliencia psicológica prevaleciera y que no era solamente un evento raro característico de personas con buena dotación genética”.

En el tema de la resiliencia pueden encontrarse la explicación de por qué algunas personas superan de manera natural las crisis y las nuevas condiciones derivadas de las mismas.

Lo que los estudios anteriores indican es que si bien los síntomas más importantes de las crisis (conducta desorganizada, las emociones intensas y las enfermedades somáticas) tienen un periodo transitorio de inestabilidad, pero que ello no significa que la crisis ha sido resuelta constructivamente generando los mecanismos suficientes de adaptación. Lo que se tiene que considerar es el límite de tiempo en el estado de crisis, con el potencial para la reorganización en una dirección positiva o negativa, lo cual significa que las primeras semanas y meses ofrecen oportunidades valiosas para influir en la eventual resolución de la crisis con el apoyo de profesionales preparados en técnicas de manejo de crisis.

### **3.2. Determinada**

Slaikeu (2000) comenta que “las crisis tienen comienzos identificables (...) se han comprendido como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico”. Por su parte O’Hanlon (2006) menciona que las crisis se pueden tipificar incluso por los sucesos desencadenantes y los tipos de cambios que exigen. Describe que hay dos tipos: las que tienen una causal exterior, que se dan cuando ocurre algo terrible, de lo que no se es artífice y las que uno mismo genera, son crisis de las que de algún modo se es cómplice.

El terapeuta familiar Frank S. Pittman en 1991, que atendió a familias en crisis, como parte del proyecto Denver destinado a estudiar este tipo de casos en

la década de los 60's del siglo pasado, escribe que para ese proyecto se definieron cuatro tipos generales de crisis:

- 1) Las crisis por golpe inesperado
- 2) Crisis del desarrollo
- 3) Crisis estructurales
- 4) Crisis del cuidador

Para Pittman (1991) las crisis por un golpe inesperado poseen un estresor único, manifiesto e imprevisible y surge de fuerzas ajenas al individuo y al sistema familiar, por ejemplo, las causadas por un terremoto, un acto terrorista, un incendio, etc. Ante este tipo de crisis menciona que las familias se adaptan bastante bien quizás porque la culpa es poca y porque se recibe apoyo externo.

En la misma línea Slaikeu (2000) cita algunos sucesos de vida con el potencial de precipitar una crisis vital: embarazo y nacimiento de un niño, maternidad sin matrimonio, transición de la casa a la escuela, compromiso y matrimonio, migración/reubicación, jubilación, desastres naturales, cambios sociales y tecnológicos rápidos. Algunos sucesos han mostrado casi siempre un potencial de precipitar una crisis como lo son la muerte inesperada de un ser querido o la violación.

Por otro lado, existen crisis relacionadas desarrollo, que están relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud y que cada etapa de desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento y cuando hay interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis (Slaikeu, 2000). Por su parte Pittman (1991) menciona que las crisis del desarrollo están más vinculadas con el desplazamiento de una etapa a otra de crecimiento.

En lo que respecta a las crisis relacionadas con el desarrollo Erikson (1963), fue uno de los primeros teóricos que propuso que la personalidad continúa su desarrollo en el curso de la vida, con cambios radicales, en tanto que es una función de la manera en que el individuo aborda cada etapa del desarrollo. La perspectiva de Erikson fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida, extendiéndolo en el tiempo de la infancia a la vejez y en los contenidos (el psicosexual y el psicosocial) organizados en 8 estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético (El principio epigenético, afirma que todo ser vivo tiene un plano básico del desarrollo y es a partir de este plano que se le agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento); comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que comprenden los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado.

Las crisis según Erikson (1990), comprenden el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales. Comprende también la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad). De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase. De su no resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específico para aquella etapa.

Las fuerzas sintónicas y distónicas pasan a ser parte de la vida de la persona, influyendo en la formación de los principios de orden social y de los rituales (vinculantes o desvinculantes), así como todos los contenidos y los procesos afectivos, cognitivos y comportamentales de la persona, asociados a su interacción social y profesional (Erickson, 1990)

Los estadios psicosociales comprenden:

1. Estadio: Confianza vs desconfianza-esperanza.- Niño de 0-12 ó 18 meses.
2. Estadio: Autonomía vs vergüenza y duda-autonomía.- Infancia de 2 a 3 años.
3. Estadio: Iniciativa vs culpa y miedo-propósito.- Edad preescolar de 3 a 5 años.
4. Estadio: Industria vs inferioridad-competencia.- Edad escolar-latencia de 5-6 años a 11-13 años.
5. Estadio: Identidad vs confusiones de roles-fidelidad y fe.- Adolescencia de 12 a 20 años.
6. Estadio: Intimidad vs aislamiento-amor.- Joven adulto 20 a 30 años.
7. Estadio: Generatividad vs estancamiento-cuidado y celo.- Adulto de 30 a 50 años.
8. Estadio: Integridad vs desespero-sabiduría.- Después de los 50 años.

Cada estadio psicosocial envuelve una crisis y un conflicto centrado en su contenido antropológico específico. La crisis es considerada una oportunidad de desarrollo para el individuo, un momento de avance o un momento de regresividad.

### **3.3. Personalísima**

Las crisis son una experiencia propia, única. Cada persona vive su propio universo con base en su sistema de creencias y le da su propio sentido. Al respecto Taplin (1971) explica cómo un suceso que da lugar a la crisis incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica. Taplin dice que se debería considerar los conocimientos de las personas y sus expectativas en un modo parecido al de una computadora. Consideradas de esta manera, las crisis aparecen cuando la nueva información recibida es



completamente disonante con el programa existente o bien la información entra en grandes cantidades de manera que la computadora experimenta alguna forma de sobrecarga. Un ejemplo podría ser el que un padre es notificado de la muerte de su hijo, tal información es completamente disonante porque normalmente se tiene la creencia de que los hijos sobreviven a los padres, tal disonancia da lugar a la aparición de una crisis.

Normalmente se piensa que dependiendo del suceso es el tipo de crisis, sin embargo, en realidad esto no es así. Así como el alimento de un hombre es para otro veneno, la crisis de un hombre puede ser para otro una secuela ordinaria de sucesos (Slaikeu, 2000). Esto nos lleva a pensar que no es simplemente la naturaleza del suceso lo decisivo para comprender el desarrollo de una crisis. Se requiere conocer cómo el suceso es percibido por el individuo de modo que sea considerado una amenaza; se requiere conocer desde qué mapa cognoscitivo del propio individuo o expectativas se están percibiendo los hechos que desencadenan la crisis.

A este respecto Ellis (2005), ha planteado que "en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que se van percibiendo a lo largo de su vida" y con base en este fundamento propuso la teoría general de la Terapia Racional Emotiva (TRE). Esta perspectiva concede gran importancia al pensamiento racional, entendiendo por tal el pensamiento que ayuda e instiga a las personas a alcanzar sus metas y objetivos. Por lo tanto, el pensamiento irracional es el que impide a conseguir esas metas.

La TRE postula que las tres modalidades de expresión humana (conocimientos, emociones y comportamientos) son inseparables y se influyen mutuamente. Para explicarlo utiliza el esquema ABC, que describe la interrelación existente entre los acontecimientos (A), las creencias (B) y las consecuencias conductuales y emocionales (C).

Ellis describe que la situación comienza con un suceso activador (A) que, desde un punto de vista lógico, debería conducir a (C). Sin embargo, lo que habitualmente sucede es que las creencias (B) inciden en la persona y la conducen a (C).

Lo anterior nos lleva a pensar que en las situaciones de crisis, las creencias (B) de las personas o de las familias, especialmente aquellas que son valorativas, juegan un papel fundamental no solo en la definición que se hace del factor estresante, sino también de la habilidad para resolver problemas.

Las *creencias* son proposiciones verdaderas a nivel de sentimientos o conducta aunque se nieguen a nivel conceptual. Inspiran pensamientos o auto-mensajes que causan los sentimientos que a su vez influyen en la conducta de personas y grupos. Se nace sin creencias, pero se van adquiriendo en interacción con nuestro entorno, a través de la cultura y de la mitología familiar.

Hay dos tipos de creencias: racionales e irracionales. Las *creencias racionales* son las que permiten la conjunción de un sentimiento apropiado con una conducta funcional adecuada, posibilitándonos el logro de una meta determinada. Implican una evaluación objetiva sobre los acontecimientos. Las *creencias irracionales* son las que impiden un razonamiento objetivo, generando consecuencias contraproducentes y autodestructivas (tremendistas, de condenación o denigración y de inquietud). Prejuicios de raza, casta, religión, color, etcétera. son clásicos ejemplos de creencias irracionales y destructivas.

Ellis (2005), afirma que hay tres tipos de pensamiento irracional:

- 1) Creencias de desolación, tremendistas (esto es horrible, la situación es tremenda)
- 2) Creencias de inquietud por la falta de sensación de no poder soportar algo (no puedo resistirlo, no aguanto más)
- 3) Creencias de denigración, de inutilidad (soy un fracasado, todo me sale mal)

Para cambiar estas creencias irracionales es importante llevar a la práctica una serie de estrategias:

- 1) Darse cuenta y formular claramente los pensamientos irracionales y destructivos que nos causan emociones disfuncionales.
- 2) Cuestionar y combatir esos pensamientos usando rigor lógico.
- 3) Sustituir los pensamientos irracionales por pensamientos racionales, objetivos y tan positivos como la situación real permita.
- 4) Reforzar los nuevos pensamientos a base de repetición, imaginación y conducta apropiada.

Asimismo, en la misma línea de observar la importancia que tienen las cogniciones en el desarrollo de las crisis, no puede faltar un Teórico como Aaron Beck, reconocido psicoanalista de Filadelfia que presentó la primer versión del modelo cognitivo en 1963-1964, en dos artículos que aparecieron en los **Archives of General Psychiatry**. En este modelo Beck plantea que los “pensamientos negativos” que ya habían sido reconocidos como un rasgo sintomático de la depresión, jugaban un rol central en el trastorno. (Beck, 1971)

Específicamente en el Modelo Cognitivo de la depresión Beck (1971) postula tres conceptualizaciones para explicar el sustrato psicológico de la depresión: a). Tríada cognitiva, b). Esquemas y c). Errores en el procesamiento de información.

#### **a. Tríada cognitiva**

Implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: de sí mismo, su futuro y sus experiencias:

- el primero es la visión negativa acerca de sí mismo, a partir de la cual el paciente tiende a subestimarse y se critica con autoatribuciones negativas;

- el segundo es la interpretación negativa de sus experiencias, donde predomina una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas, sintiéndose derrotado y frustrado;
- y el tercer patrón consistente en una visión negativa acerca del futuro, ante la cual anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

En esta primera conceptualización Beck plantea que los síntomas del trastorno depresivo estarían ligados en gran medida a patrones del pensamiento. Por ejemplo, la poca fuerza de voluntad se correlaciona con la ideación pesimista; la dependencia de otros se correlaciona con su baja autoestima y la idea de que los otros son más competentes.

### **b. Esquemas**

La conceptualización 'esquemas' explica cómo mantiene el paciente depresivo actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes en contra de evidencias de factores positivos en su vida.

Las situaciones están compuestas por un amplio conjunto de estímulos. Los individuos atienden selectivamente a estímulos específicos, los combinan y conceptualizan las situaciones. Es lo que llamamos el sesgo de cada uno, determinada consistencia en la respuesta. El término ESQUEMA designa a ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Los esquemas determinan el cómo un individuo estructura distintas experiencias. Puede un esquema permanecer inactivo durante un largo tiempo y ser activado en situaciones específicas. En las depresiones más leves, el paciente mantiene cierta objetividad al contemplar sus pensamientos negativos. En las depresiones más graves, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas

negativas, repetitivas, y puede encontrar difícil concentrarse en otros estímulos externos (trabajo, deportes, relación familiar, etcétera)

#### **d. Errores en el procesamiento de información**

El paciente depresivo cree en la validez de sus conceptos depresivos que se manifiestan en errores sistemáticos. A continuación se enuncian:

- **Inferencia arbitraria.** Se llega a una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoya.
- **Abstracción selectiva.** Centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizando toda la experiencia en base a los fragmentos.
- **Generalización excesiva.** Elaborar una regla o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados, y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- **Maximización y minimización.** Distorsiones en la magnitud de una situación.
- **Personalización.** Tendencia a atribuir a sí mismo fenómenos externos cuando no existe base firme para tal conexión.
- **Pensamiento absolutista dicotómico.** Clasifica las experiencias en categorías opuestas.
- **Razonamiento emocional.** Justificar la idea por la emoción.
- **Etiquetamiento.** Asignar una categoría de bueno o malo, etc. a un comportamiento

Estos teóricos nos han planteado la importancia que tienen las cogniciones y las creencias en la configuración de una crisis. Han descrito el papel que juega el valorar los acontecimientos con base en una serie de pensamientos ya aprendidos o bien que no son procesados adecuadamente por los individuos y que dan origen a una serie de malestares y errores en la ejecución de las estrategias de

afrontamiento para resolver los problemas derivados de sucesos ocurridos en su persona.

### **3.4. Perturbadora**

Uno de los aspectos más evidentes de la crisis es el trastorno emocional o desequilibrio experimentado por el individuo. Casas (2008), menciona que "cuando el psiquismo recibe una sobrestimulación, un exceso de energía que no puede aprehender se bloquea, hay congelamiento y fragmentación de la información. Frente al trauma no sabemos qué hacer, no disponemos de inmediato de los soportes o recursos necesarios. En cambio cuando los eventos son menos impactantes solo generan pequeños signos por ejemplo, cierto apagamiento o desgano, desorganización leve de la cotidianidad, disminución del apetito, o falta de deseos y proyectos". Por su parte Slaikeu (2000), describe que las personas ante las crisis muestran sentimientos de tensión, desamparo, ineficacia, llanto, cólera, aflicción; presentando incluso trastornos interpersonales, insomnio, incapacidad para el desempeño sexual o para atender el trabajo.

Slaikeu (2000) lista los siguientes síntomas de aquellas personas que se encuentran en crisis:

- 1) Sentimientos de cansancio y agotamiento;
- 2) Sentimientos de desamparo;
- 3) Sentimientos de inadecuación;
- 4) Sentimientos de confusión;
- 5) Síntomas físicos;
- 6) Sentimientos de ansiedad;
- 7) Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales;
- 8) Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares;
- 9) Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales ; y

## 10) Desorganización en sus actividades sociales

Los anteriores síntomas destacan la idea de que las crisis son caracterizadas por la perturbación del equilibrio, el cual puede afectar los diferentes aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo como son: los pensamientos, la conducta, el funcionamiento físico y las relaciones sociales.

Ahora bien, de las diferentes definiciones de crisis que revisamos en las páginas anteriores, casi todas expresan la idea de que las estrategias de enfrentamiento o de solución de problemas se han afectado. Porque, como mencionamos antes, ante una crisis lo que ocurre es una perturbación por lo amenazante o tensionante de los hechos vividos que ponen en juego todos los recursos disponibles para resolver los problemas. Es decir, las maniobras que anteriormente se han puesto en juego (redefinición de la situación, evitarla, hablar con un amigo, etcétera) para resolver problemas simplemente ahora no son adecuadas. Lo que puede provocar que las personas en crisis se sientan incapaces de abordar nuevas circunstancias desequilibrantes.

Las **estrategias de afrontamiento** hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. El mecanismo por el que estas conductas modulan el impacto y efectos de la fuente de amenaza es mediante los cambios que introducen en los procesos valorativos. Así, cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés o ansiedad pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional y deliberado.

Según Lazarus y Folkman (1986), existen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento.

- 1) Estrategias de resolución de problemas que son las directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
- 2) Estrategias de regulación emocional orientadas a aliviar el malestar que produce la situación. Son los métodos dirigidos a regular una respuesta emocional ante el problema.
- 3) Por ejemplo. Ante un divorcio o ruptura del matrimonio, uno puede optar por:
- 4) Estrategias de resolución de problemas como serían acudir a un psicólogo en busca de ayuda, acudir al abogado para asesorarse de sus derecho o hablar con amigos que le ayuden a buscar soluciones.
- 5) Estrategias de regulación emocional como dedicar el tiempo a los hobbies que no podían hacer con su pareja, salir más y conocer gente nueva, concentrarse en no pensar en lo bueno de su matrimonio, etcétera.

La aplicación de conductas de afrontamiento nos ayuda a explicar por qué sucesos como la aparición de una enfermedad crónica o la muerte súbita de un cónyuge, que culturalmente nos llevarían a esperar que haya una reacción de profunda de desesperación que conduzca a la depresión, no conducen habitualmente a asumir ese estado patológico. Y no solo eso. También se han presentado frecuentemente la existencia de reacciones positivas a los pocos días de ocurrir un suceso negativo.

Al respecto (Stix, 2011) comenta que "frecuentemente ante un evento traumático, la mayoría de las víctimas de la tragedia comienzan a recuperarse y, en última instancia, resurgen emocionalmente intactos. La mayoría de nosotros demostramos una capacidad natural de recuperación asombrosa aunque sea lo peor que la vida pone en nuestro camino". A esta capacidad de recuperación se le denomina resiliencia y uno de los investigadores más avanzados en este campo es el Psicólogo George Bonanno, de la Universidad de Columbia en Estados Unidos.



Hay otros enfoques que presentan una mayor variedad de estrategias de afrontamiento como la escala de modos de afrontamiento de Folkman y Lazarus (1986) que cubre hasta ocho estrategias. Las dos primeras se refieren a la resolución del problema, las cinco siguientes a la regulación emocional y la última abarca las dos áreas. Las estrategias son confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación, escape, evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. O bien, las estrategias o conducta de afrontamiento que plantea Kaplan (1979) y que consisten en:

- 1) Explorar activamente conflictos reales y buscar información.
- 2) Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
- 3) Pedir ayuda activamente a otros.
- 4) Descomponer los problemas en fragmentos manejables y translaborar uno cada vez.
- 5) Estar consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos por seguir adelante en tantas áreas del funcionamiento como sea posible.
- 6) Controlar los sentimientos donde se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), ser flexible, y estar dispuesto a cambiar y,
- 7) Confiar en sí mismo y en otros, y tener optimismo básico sobre los resultados por venir.

Además de las conductas y estrategias de afrontamiento planteadas anteriormente, también existen diferentes *estilos de afrontamiento* que explican por qué cada individuo tiene propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas.

1. Personas evitadoras / confrontativas. Mientras las primeras tienden a minimizar o evitar los problemas, las segundas tienden a estar más alerta

buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema.

2. Catarsis. Estudia si el hecho de expresar los propios sentimientos y estado emocionales intensos puede ser eficaz en la afrontación de situaciones difíciles. Puede ser que en la medida en que vamos ordenando nuestras ideas en la mente y quizás también recibimos el apoyo de nuestro interlocutor. Todo ello nos ayuda a razonar mejor.
3. Estrategias múltiples. En la medida en que los problemas a los que nos enfrentamos son más complejos, requerimos el uso de múltiples estrategias combinadas de diferente forma.

Por último hay *factores de la personalidad* que contribuyen notablemente a determinar la forma en que las personas afrontamos los diferentes problemas.

1. Hay personas cuya personalidad contiene un alto grado de búsqueda de sensaciones. Son individuos a quienes no les importa asumir riesgos (tomar drogas, practicar deportes de alto riesgo) y que por tanto son más tolerantes a la estimulación, estresores y riesgo, que otras personas.
2. Sensación de control. Modula notablemente el efecto de un estresor. hay estudios que indican que la pérdida de control es un elemento que propicia la depresión y otros trastornos emocionales como la indefensión aprendida.
3. Optimismo. Consiste en la expectativa general de que los resultados serán positivos. Las personas con actitud optimista parecen manejarse mejor ante los síntomas de enfermedades físicas.

En suma, el estado de crisis se caracteriza por una perturbación en el nivel emocional (tensión, llanto, etcétera) que afecta la capacidad de racionalizar las soluciones a los problemas y afecta también a los procesos de toma de decisiones, generando con ello incapacidad en el individuo de tomar acciones coherentes que

produzcan la superación de la crisis y el posterior fortalecimiento de la personalidad de individuo.

### **3.5. Crucial**

En las propias raíces semánticas de la crisis se indica que ésta implica a la vez decisión y discernimiento, así como el potencial de que de ella se obtendrán cambios para mejorar o empeorar, y es que como parte de los efectos de la crisis está la vulnerabilidad de un individuo y de la reducción de sus defensas por la sobrecarga del suceso precipitante lo que deja a la persona confundida y abierta a las sugerencias. Este es un momento crucial porque esta vulnerabilidad y sugestibilidad es la que produce la oportunidad de cambio que caracteriza a las crisis vitales. Prácticamente se puede hablar de dos posibles efectos de la crisis: el cambio para mejorar o empeorar. Porque "las crisis se consideran puntos decisivos de cambio, donde el peligro y la oportunidad coexisten y donde los riesgos son altos (Slaikau, 2000).

Los efectos de las crisis en sentido negativo pueden ser físicos y psicológicos como el suicidio, el homicidio o bien trasladar la violencia a la familia o entrar en un estado de indefensión tal que evite que las personas lleguen a recuperar parte de su vida anterior. En el sentido positivo las crisis con una solución satisfactoria es la obtención de una personalidad más segura e integrada, con un incremento en la fuerza interior que permita enfrentar situaciones y tensiones futuras. Kaplan (1979) menciona que "de hecho, el estado actual de la salud mental de una persona puede considerarse un producto de la forma en que ha resuelto una serie de crisis en el pasado".

Viney (1976) menciona que "la resolución de la crisis de un modo u otro comprende reorganización y reintegración del funcionamiento, implica que la resolución positiva de la crisis puede definirse como: Translaborar el suceso de

crisis, de manera que quede integrado dentro de la trama de la vida, al dejar que la persona esté abierta al futuro". De manera parecida, Claudio Casas (2008), ante un duelo señala que "en todos los casos está implícita la posibilidad de un desarrollo superador, de una elaboración que implique una ganancia para el ser en forma de fortalecimiento personal, y capitalización del aprendizaje y la experiencia. Aunque no siempre los duelos se superan completamente, entonces la ganancia, adquiere formas parciales. La nueva formación de vínculos, la recuperación de la energía para producciones personales que signifiquen otras realizaciones, y la regeneración de nuevos deseos y esperanza señalan el camino a la salud".

Como orientara Jean Paul Sartre (Citado en Casas, 2008) con aquello de que "un hombre es lo que hace con lo que hicieron de él" podemos decir que el dolor "nos hace" y paraliza, y la generación de un "hacer con lo que nos hicieron" es una clave de la recuperación y superación de la parálisis.

Ahora, superar la parálisis y superar la crisis lleva implícito un proceso donde se ayuda a las personas a explorar el suceso de crisis y sus reacciones ante el mismo. Al respecto, Slaikeu (2000), menciona que "como proceso, la terapia de crisis comprende experiencias facilitadoras que incluyen: reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, la expresión de sentimiento, el mantener un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiadas a la situación. Podemos referirnos a todo esto como translaborar la crisis". Es decir, el resultado de un buen manejo de una crisis es lograr la integración del suceso precipitante dentro de la trama de la vida, es decir que la crisis se resuelva, que los sucesos y sus consecuencias finalmente deben tomar sus lugares como parte de nuestra experiencia evolutiva.

### **3.6. Sistémica**

Una de las características de la crisis es que ésta ocurre dentro de la trama de la vida social, influida por esta e impactando en la vida de los otros. Es decir, las crisis se presentan dentro de contextos o ámbitos.

La teoría de los sistemas propone la observación del contexto de vida de la persona en crisis y las interacciones entre ella (la persona es considerada un sistema), subsistemas diversos y el medio (familia, comunidad). La idea es comprender cómo se relacionan los hechos sociales con el desarrollo de una crisis en una persona en particular o en un sistema dado.

Slaikeu (2000), en la línea del lenguaje general de los sistemas describe tres suprasistemas cada uno ascendente respecto del anterior en su medida y complejidad, que son relevantes para la comprensión de la crisis así como las posteriores conductas de enfrentamiento de un individuo ante ella. El microsistema representa a la familia y grupo social inmediato. El exosistema representa a la estructura social de la comunidad (mundo laboral, el gobierno, etcétera) y el Macrosistema incluye a los valores culturales, sistemas de creencias. Como ejemplo, algunas crisis el suceso precipitante puede provenir de la familia, pero también la familia y los grupos sociales del microsistema (comunidad) es la que puede proveer los primeros apoyos. Ahora bien, muchos apoyos para el control de la crisis pueden provenir de las políticas que implementen los gobiernos a favor de su población (líneas de urgencia telefónica, hospitales, consulta externa, etcétera). Caplan (1976) sintetiza la función de los sistemas de apoyo como: "le dicen al individuo qué es lo que se espera de él y lo guían a lo que hay que hacer. Observan lo que hace y juzgan su desempeño".

La aparición de la crisis se da en un contexto o ámbito y es en ese donde también se encuentran parte de las soluciones que ayudaran a translaborar la crisis actual y movilizar el apoyo para continuar con dicho proceso en los próximos meses.

Ahora bien, con la finalidad de tener un marco más amplio de explicación sobre las crisis psicológicas se comentará sobre el *Enfoque del Curso de Vida*, el cual constituye una plataforma desde la cual es posible abordar el estudio de la vinculación entre las vidas individuales y el cambio social. Tal enfoque emana de una propuesta nutrida de aportes de diferentes disciplinas, sobretodo sociología, historia, psicología y demografía (Blanco & Pacheco, 2003).

Elder (2001) menciona que, en términos generales, el enfoque del curso de vida se sustenta en cinco principios fundamentales:

1. **el principio del desarrollo a lo largo del tiempo**, el cual se refiere a la necesidad de tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y el análisis, ya que el desarrollo humano es un proceso que abarca del nacimiento a la muerte;
2. **el principio del tiempo y lugar**, que indica la importancia de tomar en cuenta lo contextual, así se considera que el curso de vida de los individuos está incrustado y es moldeado por los tiempos históricos y los lugares que le toca experimentar a cada persona;
3. **el principio del timing**, se refiere al momento en la vida de una persona en la cual sucede un evento. Por ejemplo, un suceso como la muerte de los padres repercutirá en la vida de un individuo según la edad y circunstancias en las que ocurra. Este principio postula que el impacto de una transición (o sucesión de transiciones) o de un evento contingente en el desarrollo humano está asociado al momento en que ocurre en la vida de una persona;
4. **el principio de la vidas interconectadas**, este afirma que las vidas humanas siempre se viven en interdependencia, o sea, en redes de relaciones compartidas, y es precisamente en estas redes donde se expresan las influencias histórico sociales; precisamente porque las vidas se

viven en interdependencia, las transiciones individuales frecuentemente implican transiciones en las vidas de otras personas;

5. **el principio del libre albedrío**, destaca que los individuos no son entes pasivos a los que solamente se les imponen influencias y constreñimientos estructurales. Los individuos sí hacen elecciones y llevan a cabo sus acciones y de esta manera construyen su propio curso de vida, dentro de las limitaciones que provienen de las circunstancias históricas y sociales.

Estos principios pueden sintetizarse de la siguiente manera: "... el curso de vida se refiere a una serie de eventos y roles sociales, graduados por la edad, que están incrustados en la estructura social y el cambio histórico" (Elder G. , 2001)

Asimismo, el enfoque del curso de vida trabaja con tres herramientas fundamentales: Trayectoria, transición, y turning point.

1. **trayectoria**, que se refiere a una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción; no supone alguna secuencia en particular ni determinada velocidad en el proceso del propio tránsito. Las trayectorias abarcan una variedad de ámbitos o dominios (trabajo, escolaridad, vida reproductiva, migración, etcétera) que son interdependientes. Así, se pone énfasis en el análisis del entrelazamiento de las trayectorias vitales, tanto en un mismo individuo como en la relación de éste con otros individuos o conglomerados (particularmente con la familia de origen y procreación).
2. **Transición**, la cual hace referencia a eventos específicos en ciertos momentos de la vida, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles (entre otros, entrar o salir del trabajo, divorcio, matrimonio, muerte de algún familiar, etc.). Las transiciones marcan claramente cambios de estado, posición o situación, por ejemplo se transita de ser casado a

divorciado, o de estudiante a trabajador, o de hijo de familia a huérfano, etc.

3. **Turning Point**, se refiere a momentos especialmente significativos de cambio; se trata de eventos o transiciones que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida, por ejemplo la muerte de un familiar muy significativo puede representar un viraje hacia lo positivo o negativo.

Estos tres conceptos representan las herramientas analíticas del enfoque del curso de vida y entre otras cosas "... reflejan la naturaleza temporal de las vidas y captan la idea del movimiento a lo largo de los tiempos históricos y biográficos" (Elder M. , 2003)

Esto quiere decir, con base en los conceptos emanados del enfoque del curso de vida, que la aparición de una crisis se da cuando ante un suceso precipitante se alteran una o varias trayectorias de vida de una persona poniéndola ante una transición, lo cual implica una serie de costos y consecuencias para su vida por el hecho mismo de que se haya presentado dicha transición, como por si toma o no las decisiones correctas y si desarrolla o no las habilidades necesarias para hacer frente a este nuevo estado.

En otros casos, como lo indica la perspectiva del curso de vida, algunos sucesos podrían no significar la posibilidad de una crisis, sin embargo sí la detonan; en tales posibilidades es necesario averiguar cómo se puede entender el evento a la luz de las propias trayectorias individuales y los cambios que ha generado en las trayectorias de las personas cercanas, a los tiempos psicológicos y sociales en que se presentó o no tal evento. El análisis de esas configuraciones permitirá entender el papel y los cambios en el estatus de las personas que está impulsando el evento en cuestión. Por ejemplo, tener un hijo representa generalmente una alegría para las parejas adultas, pero para una pareja de



adolescentes de 15 años viviendo en familias autoritarias o sin el ingreso económico suficiente o viviendo en una comunidad que castiga fuertemente el inicio de las relaciones sexuales a tempranas edades, podría representar una firme posibilidad del desencadenamiento de una crisis en la que se genere la tensión emocional suficiente que no permita pensar con claridad las alternativas de solución y se intenten soluciones que pongan en riesgo la vida de la joven madre, etcétera.

Slaikeu (2000), menciona que "hay crisis circunstanciales y de desarrollo. En el caso de las crisis circunstanciales lo que impera es lo inesperado y accidental de la aparición de un evento dentro del contexto ambiental (incendio, inundación, asalto, violaciones, desempleo, divorcio, cambio de residencia, etcétera)" Como vimos estos eventos por sí mismo tienen un gran potencial para detonar crisis, pero tal también depende del turning point, es decir, de cuáles son las modificaciones que se están impulsando en la trayectoria de vida, a qué otras trayectorias está afectando en lo individual y en su relación con otros individuos, sean de la familia o de otros conglomerados. Como ejemplo veamos lo que podría implicar la muerte del marido, único sostén de una familia cuya esposa no tiene profesión y nunca ha trabajado, con una edad que supera los 45 años, con 3 hijos de entre 10 y 15 años y con deudas hipotecarias. Es cuestión solo de imaginar que el evento "muerte del marido" en su trayectoria personal la va a conducir de un estado civil de matrimonio a uno viuda o soltera, de desempleada a solicitante de trabajo, etcétera. Los temores que generarían en ella el tener que desplazarse en un cúmulo de nuevas situaciones totalmente desconocidas.

"Hay una gran cantidad de hipótesis para indicar cuándo una transición puede convertirse en crisis:

- a) una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas, con una etapa particular del desarrollo, se perturba o dificulta, es decir, la

transición exitosa puede verse frustrada por falta de habilidades y recursos personales como conocimientos o la confianza para correr riesgos;

- b) otra manera en cómo una transición se puede convertir en crisis es la sobrecarga de exigencias, por ejemplo en un tiempo muy breve un hombre de mediana edad vive la muerte de sus padres, se divorcia y cambia e empleo y de ciudad;
- c) una transición puede convertirse en crisis si una persona no acepta o no está preparado para suceso determinantes de su vida de acuerdo a sus etapas, por ejemplo, no estar preparada para la menopausia, etcétera.
- d) por último, una transición puede convertirse en crisis si un individuo se percibe así mismo como fuera de fase o de lugar, de acuerdo a las expectativas de la sociedad para su grupo particular de edad" (Slaikue, 2000).

En suma las posibilidades para la presentación de una crisis en el momento de una transición depende de si se tiene o no los recursos personales y sociales necesarios para hacerles frente, depende también si los cambios son significativos o bien hay una sobrecarga de ellos, depende de si hubo anticipación y preparado para los cambios biológicos (tiempos biológicos) que la vida tiene, y la aparición de una crisis depende si nos hemos adaptado a los tiempos sociales, los cuales esperan ciertos resultados de las personas, ciertas actitudes y comportamientos de acuerdo a la edad por la que se cursa.

En general podemos decir que las crisis son sistémicas porque se dan dentro de ciertos contextos o ámbitos, donde se afectan otros sistemas; donde influye el tiempo histórico, el tiempo biológico y el tiempo social en que se encuentra el individuo, donde un evento desencadenante de una crisis afecta primero una trayectoria de vida a través de poner al individuo ante transiciones obligadas y donde se afectan otras trayectorias de vida personales pero también se afectan las trayectorias de vida de las personas cercanas.

## **CAPÍTULO IV**

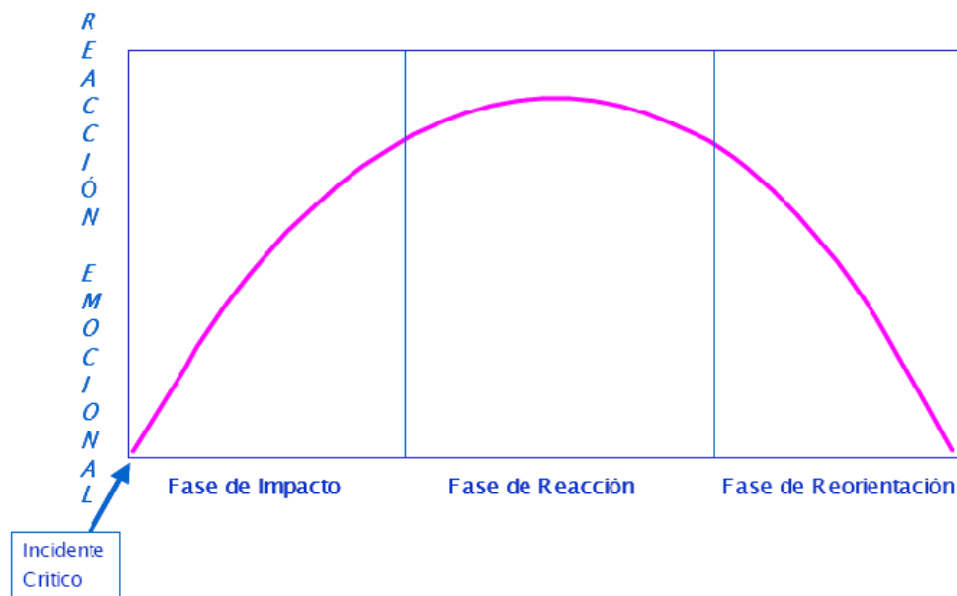
## **IV. FASES Y ESTADOS DE LA CRISIS.**

Luego de recorrer las características generales de la crisis con la finalidad de capturar su naturaleza. Ahora nos adentramos específicamente en las etapas que recorren las crisis.

Caplan en (1964) describe el inicio de la crisis en cuatro momentos:

1. Hay una elevación inicial de tensión por el impacto de un suceso externo que inicia a su vez las habituales "respuestas para solucionar problemas".
2. La falta de éxito en estas respuestas para la solución de problemas, más el impacto continuado del suceso estimulante, fomenta el incremento de la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia.
3. En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para solución de problemas. En este punto, la crisis puede desviarse por cualquiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renunciación a propósitos fijos que resultan inasequibles.
4. Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave.

Mercedes Cavanillas (2007), comenta que en la crisis se consideran diferentes etapas o fases. Una descripción muy habitual es la siguiente:



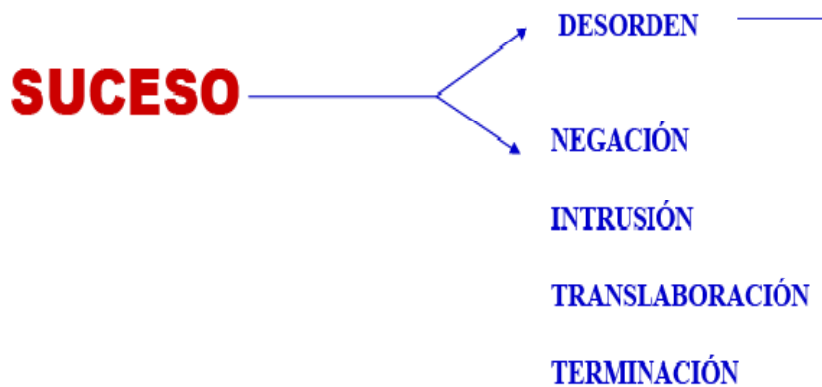
**Fase de Impacto:** Las reacciones en esta fase comprenden todo aquello que sucede inmediatamente después de la experiencia traumática. Las personas que pasan por esta fase no saben muy bien qué es lo que les está pasando y reaccionan de manera extraordinaria. Es una fase que puede durar desde minutos a días.

**Fase de Reacción:** Pasados estos primeros momentos (minutos, días) de confusión, la persona comienza a comprender qué le ha pasado, y puede reaccionar en consecuencia. Esta puede ser tremendamente dolorosa puesto que es aquí donde la persona es capaz de comprender todas las implicaciones que el suceso traumático puede traer a su vida. En esta fase es donde la persona comienza a centrarse, a enfocar el problema adecuadamente y en cambio, es precisamente aquí donde la persona se siente más desorientada: ya es consciente de lo que ha ocurrido, ya lo ha asimilado, ya lo ha integrado como una vivencia que le pertenece y este suceso le golpea con toda su fuerza.

**Fase de Reorientación:** Esta sería la última fase. Si todo ha ido bien, si el proceso ha sido adecuado y la persona no se ha quedado anclada en ningún

momento de las fases anteriores, habrá aceptado el suceso traumático, lo habrá integrado en su vida y será capaz de volver a retomarla, de ilusionarse con nuevos proyectos, de verse capaz de ser feliz. Esta fase, dependiendo de muchos factores, puede empezar a darse entre 2 ó 3 semanas y 6 meses desde el inicio del proceso (momento de la crisis).

Horowitz (1976), basándose precisamente en las reacciones a la muerte repentina de un ser querido, describe las etapas de la siguiente manera:



**Desorden:** Es la reacción inicial en el impacto del suceso, una reacción emocional manifestada habitualmente por llanto, angustia, gritos, desmayos o lamentos. Puede ser más o menos obvia para el observador. La flecha en el gráfico indica que el **Desorden** conduce lo mismo a las dos siguientes etapas: **Negación** e **Intrusión**

**Negación:** Conduce al amortiguamiento del impacto ("estoy bien"). Se puede acompañar de entorpecimiento emocional, no pensar en lo que pasó, o la planificación de actividades como si nada hubiera sucedido. Algunas personas lo definen como "sensación de acorchamiento", "irrealidad".

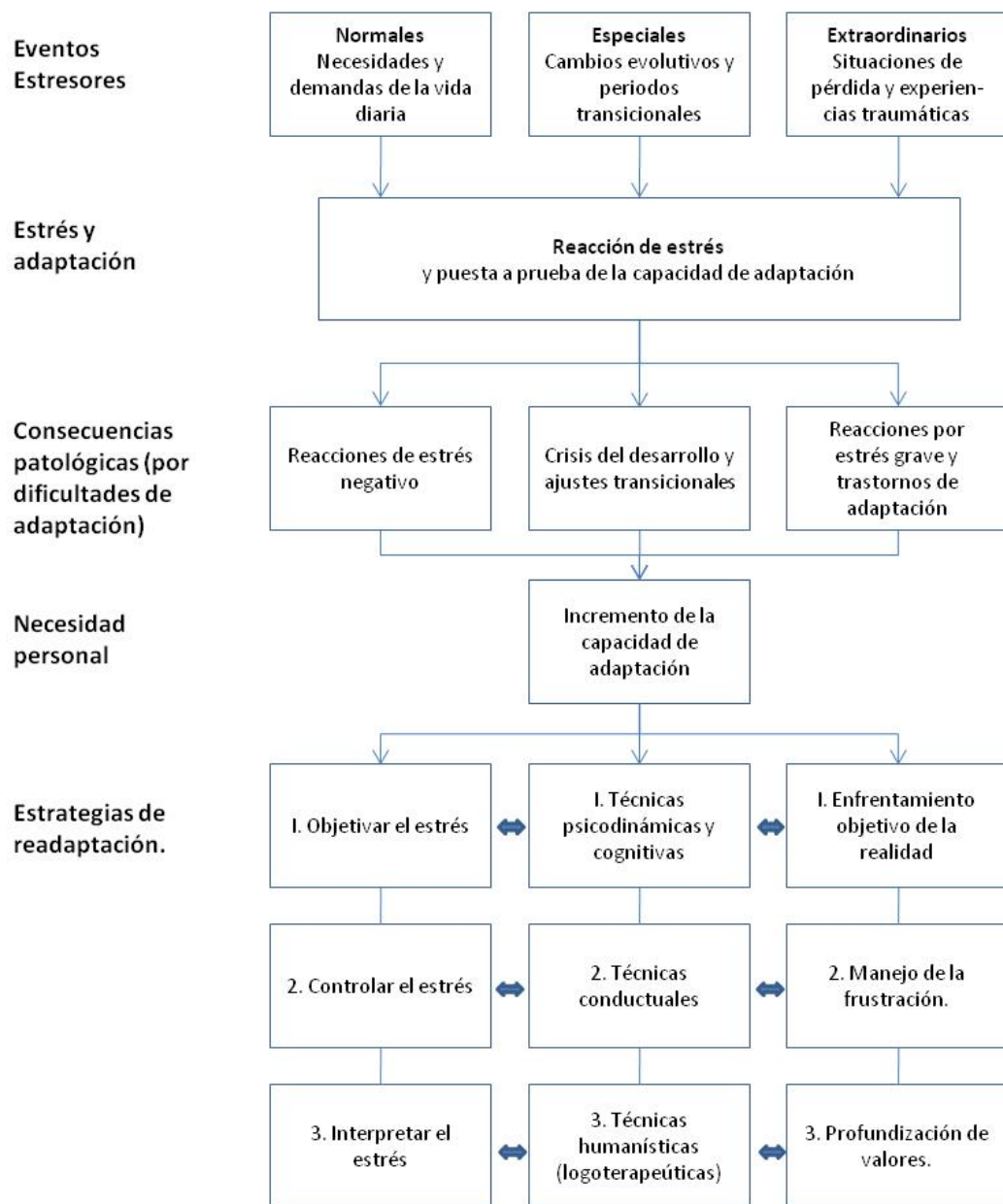
**Intrusión:** Incluye abundancia involuntaria de ideas de dolor y sufrimiento por lo sucedido. Son frecuentes en esta etapa pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo sucedido; es habitual que aparezca cuando pasa el primer impacto del evento, y se siente el impacto pleno. Hay muchos pensamientos que incluyen afirmaciones sobre la pérdida y su impacto. (“no puedo seguir adelante”).

Estas dos etapas pueden ser simultáneas; algunos individuos omiten la fase de negación y se desplazan directamente a la de intrusión. Otros oscilan de un lado a otro entre estas dos etapas.

**Translaboración:** Es el proceso en el que se expresan e identifican pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos realizan este proceso de forma natural, mientras que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

**Terminación:** Es la etapa final de la experiencia de crisis, y conduce a la integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada. El recuerdo puede traer sentimientos de tristeza, pero no existe desorganización.

Por otra parte, Gastón de Mezerville (2004), desde una perspectiva más amplia propone un modelo muy interesante del proceso de adaptación al estrés. Su propuesta de proceso sistematiza los eventos estresores normales, especiales y extraordinarios, que provocan reacciones de estrés y ponen a prueba la capacidad de adaptación personal. Asimismo, ante las reacciones de estrés psicofisiológico que ocurren por dificultades de adaptación plantea tres estrategias generales consistentes en objetivar, controlar e interpretar adecuadamente el estrés. El proceso se presenta de manera esquemática a continuación:



Esencialmente los modelos anteriores presentan una serie de elementos que son comunes y que permiten entender que las crisis comienzan con un suceso impactante que provoca reacciones emocionales como la tensión, la angustia o el llanto que nublan la conciencia e impiden el despliegue correcto de conductas de resolución de problemas. Una vez que se ha asimilado el choque emocional inicial, existe un reconocimiento de que algo está pasando y, aún cuando hay un



entorpecimiento emocional e intelectual, se intenta comprender qué acciones se requieren emprender para superar el suceso traumático. Una vez superada esas etapas el proceso conlleva la identificación y el análisis de pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis, para finalmente conducir a una integración de la misma crisis como parte de los sucesos de la vida del individuo.

## **CAPÍTULO V**

## **V. EL DEBRIEFING PSICOLÓGICO COMO UNA HERRAMIENTA PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.**

A lo largo de la historia nos hemos podido percatar que el ser humano dispone de capacidades personales (autoestima, capacidad de reflexión, fortaleza física, habilidades comunicacionales, capacidad de ejecución y amor por la vida) y recursos sociales (amigos, familiares, instituciones, etcétera) que le permiten afrontar situaciones críticas o extremas. Nos hemos podido dar cuenta que puede integrar esas experiencias críticas en su vida cotidiana y crecer interiormente, encontrándole un ritmo a su vida, desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento y generando una visión positiva de su futuro. También sabemos, con los múltiples descubrimientos de técnicas de intervención desarrollados por diferentes enfoques psicológicos, que las personas que viven una experiencia que sobrepasa sus límites con una intervención de apoyo temprana se estimula y refuerza esta capacidad de recuperación (resiliencia) y de adaptación. Es decir, proporcionar a las personas en crisis el apoyo oportuno de profesionales y la información adecuada sobre sus reacciones ante los incidentes críticos y traumáticos vividos, le permite identificar sus reacciones emocionales, su estilo de pensamiento y sus recursos personales para afrontar más serenamente las circunstancias que le aquejan y así mejorar su calidad de vida.

Existen múltiples modelos para la intervención en crisis (Slaikeu, 2000; Bellack & Small, 1980; Benveniste, 2000; Gomez del Campo, 1994; Moffatt, 2007; O'Hanlon, 2006; entre otros.), sin embargo, en este trabajo solamente haré referencia a una técnica psicológica denominada debriefing, como propuesta de atención inmediata a las personas en crisis.

El debriefing es una técnica de intervención temprana ante la vivencia de un trauma y permite brindar los primeros elementos de auxilio e identificar a las

personas que requerirán de una intervención en crisis psicológica, como segunda etapa en el proceso de ayuda que debe brindarsele.

## **5.1. Historia**

El modelo de debriefing psicológico fue creado por Mitchel en el año 1983, al darse cuenta en su trabajo como conductor de ambulancias, del impacto que tenían los eventos traumatogénicos en el personal que trabajaba en ambulancias, y así poder prevenir el desarrollo de un Trastorno por Estrés Postraumático (Perren-Klinger, 2003).

Mitchell (1993), menciona que "originalmente, el debriefing designaba un procedimiento preciso, practicado en el ejército americano después de un combate o de una misión, que debía ayudar a los soldados a superar sus reacciones y a volver rápidamente al frente o a misiones posteriores. Más adelante, el debriefing se ha revelado como una medida preventiva voluntaria contra la traumatización secundaria (traumatización por rebote) y contra el burn-out, utilizándose al principio por algunos cuerpos de policía y conductores de ambulancia".

## **5.2. Fundamento**

Perren-Klingler (2003), mencionan que, como parte de las estrategias de supervivencia, el individuo normal que ha sido víctima de una experiencia traumática siente la necesidad de hablar de lo que ha sucedido, de poner los sentimientos en palabras. Poco importa la orientación específica que dé a su historia, se trata de la necesidad que tiene de hablar.

Cuando es escuchado por un amigo, un familiar o un profesional y se le muestra empatía sin dejarse llevar por la emoción esto transmite una sensación de

consuelo y de solidaridad. Como menciona Perren-Klingler (2003) "lo que importa ante todo es la dimensión psicosocial del diálogo y no la utilización de tal o cual técnica de comunicación", menciona también que "en el trabajo de prevención de las reacciones traumáticas, la noción de la realidad psicosocial de la persona, juega un papel importante. Esto significa concretamente que las intervenciones deberían transcurrir en un contexto que favorezca los intercambios, la expresión de solidaridad y ayuda recíproca, de manera que la tranquilidad y la paz retomen poco a poco su lugar y la existencia recobre sentido".

Es decir, la tesis del debriefing es, de acuerdo con Perren-Klingler, (2003), "por el mismo hecho de ser relatado un acontecimiento (traumático o no) toma por primera vez la forma de una historia estructurada. El recuerdo de una situación traumática es por lo general confuso: traumático es sinónimo de caótico, la historia traumática que no pudo ser puesta en palabras, se transforma por primera vez, en un relato con un principio y un fin. Esto permite contener el evento, sin que contamine toda la vida, encerrado dentro de estos dos límites".

Perren-Klingler (2003) para la formulación anterior se fundamenta en los trabajos realizados por Pennebaker y Harber (1993) donde plantean que "la integración de un traumatismo aislado, como una catástrofe natural, atraviesan por dos fases: la primera donde se cuenta lo sucedido y donde existe un repliegue sobre sí mismo de los individuos y en la segunda fase se destaca la importancia de seguir hablando del suceso con la finalidad de controlarlo". Asimismo, Perren-Klingler (2003), retoma el análisis que realizan de la calidad de la expresión del relato de mujeres violadas. En dicho análisis se dieron cuenta que el nivel de lenguaje es diferente antes y después de la intervención terapéutica. Conforme se va trabajando, la expresión se torna más clara y precisa, al mismo tiempo que las reacciones disminuyen.

El debriefing psicológico ha tenido muchas variantes desde su creación, y se ha ido desarrollando en su aplicación tanto grupal como individual, e incluso en el objetivo de la intervención. Si bien el debriefing es ante todo una técnica que intenta evitar que se vuelvan crónicas las reacciones agudas normales tras un evento traumático, también está siendo utilizado con éxito para elaborar e integrar experiencias traumáticas y críticas, en aquellas personas con un diagnóstico de TPET, reduciendo en intensidad y frecuencia la sintomatología, en un periodo corto de tiempo.

En este caso, el modelo de debriefing puede utilizarse como técnica terapéutica para la superación de crisis psicológica, ya que su estructura ayuda a separar lo cognitivo de lo emocional, invirtiendo la "cantidad" de cognición y de emoción. Y es que ante una situación de estrés agudo, estrés postraumático y en las crisis, la cantidad de emoción es muy superior a la cantidad de cognición, siendo las emociones las que "dominan" la experiencia. Con el debriefing, se recupera toda la parte de los hechos (memoria narrativa), de manera que conseguimos tener la historia completa y detallada de lo que ocurrió, y dentro de esta gran historia, situar la emoción para que pueda ser controlada por la propia persona, sin que le inunde o le lleve a una catarsis.

### **5.3. Objetivo**

El debriefing busca prevenir que se vuelvan crónicas las reacciones normales al estrés postraumático y pretenden detectar en etapas tempranas los trastornos que necesitan una asistencia profesional más específica.

## 5.4. Características

El debriefing psicológico es una técnica de intervención breve que se realiza en dos sesiones, separadas por un intervalo de tiempo de 2 meses. La primera sesión suele tener una duración aproximada de dos horas (en el caso de un debriefing individual). La duración de esta primera sesión, depende de la duración del evento traumático y del número de reacciones postraumáticas que aparezcan. La segunda sesión dura aproximadamente media hora, ya que tiene como objetivo comprobar la desaparición de las reacciones, y en el caso que continúen en la misma intensidad y frecuencia, derivar al paciente a un profesional de salud mental especializado en técnicas breves de intervención en trauma psicológico.

Hay diferentes variantes de debriefing, pero la más completa y eficaz, es la variante de Gisela Perren-Klingler, fundadora del Instituto de Psicotrauma de Suiza. El Debriefing según Gisela Perren-Klingler, (2003) consta de 7 etapas estructuradas:

1. Establecimiento del proceso cognitivo del proceso.
2. Identificación de los elementos objetivos del suceso traumático.
3. Identificación de pensamientos y preocupaciones.
4. Identificar las emociones sentidas durante el incidente crítico.
5. Informar de las reacciones postraumáticas, y de cómo manejarlas (técnicas de manejo de estrés).
6. Crear el ritual de despedida.
7. Conclusión.

## **5.5. Contenido del debriefing**

Uno de los objetivos del debriefing es poder hacer un relato ordenado y lógico. El sobreviviente tiende a relatar los eventos mezclados, con presión en el habla, y ausencia de emoción, o total inundación de emoción. La parte de los hechos del debriefing, consigue hacer el puente de la memoria traumática a la memoria narrativa, que es un paso fundamental para poder integrar la experiencia traumática. Además, con el debriefing, los sobrevivientes a eventos traumáticos pueden por primera vez hacer un relato ordenado y lógico, con un principio y un fin y permite por primera vez, relatarlo sin inundación de emoción, lo cual evita la retraumatización.

### **Etapas 1. Establecimiento del proceso cognitivo del proceso**

Se trata de informar de la meta del debriefing y de los principios de funcionamiento del grupo. Se recuerda la exigencia firme de confidencialidad y del secreto profesional; se explican las reacciones traumáticas posibles y se señala que son normales, naturales y transitorias.

### **Etapas 2. Identificación de los elementos objetivos del suceso traumático**

Esta etapa se centra en la obtención de datos objetivo del suceso, de los hechos, a partir de preguntar: ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Qué fue lo que pasó?, ¿Cómo pasó?, ¿Qué ocurrió después? Se trata de situar el acontecimiento en el nivel cognitivo y lograr un relato lógico y coherente guiado por un hilo conductor.



### **Etapas 3. Identificación de pensamientos y preocupaciones**

En esta etapa, la persona empieza a comprender por qué fue tan impactante la experiencia para ella. La interpretación personal del impacto, está basada en las creencias, los valores personales u otros pensamientos, que siempre son únicos para cada persona. Por eso es tan importante que descubran cual es su propia interpretación de la herida traumática.

### **Etapas 4. Identificar las emociones sentidas durante el incidente crítico**

En esta etapa se utiliza la técnica del "focusing", la cual permite entrar a bajas dosis en la emoción, para ir elaborándola simbólicamente, de manera que la persona puede empezar a sentir con control, y a perder el temor a sus sensaciones y sentimientos, reconociéndolos. El focusing es una técnica asociativa, que utiliza el propio cuerpo para colocar la emoción con todas sus características. La catarsis emocional está contraindicada porque puede retraumatizar a la persona y afianzar el mecanismo disociativo emocional, con el peligro que esto conlleva.

### **Etapas 5. Informar de las reacciones postraumáticas, y de cómo manejarlas (técnicas de manejo de estrés)**

En la parte informativa, se habla de la normalidad y naturalidad de las reacciones que están sintiendo. Esta información se complementa con las pautas o recursos necesarios para que la persona pueda sobrellevar el estrés, reducir las reacciones y mantener el autocontrol.

## **Etapa 6. Crear el ritual de despedida**

El acto simbólico de cierre, es una manera de preparar a la persona para dejar esta experiencia del pasado, en el pasado. Este acto es único para cada persona, por lo que debe ser congruente, ecológico y constructivo.

## **Etapa 7. Conclusión**

Esta etapa permite volver a la realidad y a la vida cotidiana. Se hace una conclusión llena de sensibilidad y empatía, donde el debriefer retoma lo esencial de lo que se ha dicho y hecho a lo largo de la sesión. Se repite que todos estos acontecimientos fuera de lo normal, son ahora conocidos, compartidos y ordenados y que los participantes han aprendido a manejar su propio estrés. Se propone la disponibilidad telefónica del debriefer.

### **A manera de conclusión de la técnica del Debriefing.**

- El debriefing posibilita ocuparnos de los sobrevivientes a eventos traumáticos, ayudándoles a integrar la historia traumática, asociada a los pensamientos y las emociones.
- En la estructura de la técnica pasamos del caos de los hechos, al orden en lo vivido.
- Los pensamientos dan la comprensión necesaria y congruente con la persona.
- Las emociones pueden ser aceptadas y actualizadas, en pequeñas dosis; con contención.
- La información les sitúa en el plano de la normalidad y les proporciona recursos para afrontar las reacciones con control.
- El ritual aporta la despedida simbólica de las reacciones postraumáticas.

- Y por último, la conclusión les pone el nombre de sobrevivientes con recursos nuevos y abre la puerta a un nuevo sentido de vida y a un crecimiento postraumático, que muchas veces sirve de aprendizaje.

## CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo nos ha permitido plantear las siguientes conclusiones:

1. El tema de las crisis psicológicas es un tema vigente y se requiere continuar con la investigación en este tema, debido a la prevalencia de la violencia en México, por la necesidad de comprender mejor sus correlatos fisiológicos, genéticos y conductuales, y para contar con técnicas de atención en crisis efectivas que brinden atención a las personas víctimas de los continuos desastres naturales que se presentan en nuestro país.
2. Las crisis al momento han sido definidas por múltiples investigadores y teóricos y todos ellos han aportado elementos para conocer su naturaleza, es decir, conocer sus características esenciales. Se entiende que en el desarrollo de una crisis confluyen una serie de variables entre las cuales se encuentran variables fisiológicas, ambientales, conductuales, de desarrollo del individuo, cognitivas, sociales, los hechos mismos, los recursos personales, los recursos sociales, etc.
3. La intensidad y la duración de las crisis está en función de la confluencia de las variables mencionadas anteriormente.
4. Ante los traumas los seres humanos reaccionamos con estrategias de afrontamiento activo (lucha-huida) o afrontamiento pasivo (desinvolucramiento-disociación) depende si percibimos si la amenaza o el estresor son controlables o incontrolables. Las estrategias de afrontamiento activo son consideradas estrategias de

afrontamiento adaptativas mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas son consideradas estrategias desadaptativas. Más aún, es necesario investigar de qué manera se ve influida el funcionamiento biológico y fisiológico a partir de la implementación de una u otra estrategia de afrontamiento.

5. Un hecho interesante es que entre el 7 y 12% de las víctimas de estrés postraumático necesitan ayuda especializada, lo cual implica la creación de sistemas de evaluación apropiados para identificar a las personas que necesitan de apoyo psicológico. La identificación de sistemas de diagnóstico confiables enfocará las energías y los recursos a la atención de las personas que realmente lo necesitan.
6. El estudio de la resiliencia es un área de oportunidad para descubrir mecanismos subyacentes de tipo bioquímico, genético y del comportamiento que interactúan para restablecer nuestro equilibrio emocional después de una crisis y explorar técnicas para ayudar a impulsar este mecanismo natural de recuperación y adaptación en poco tiempo del cual se han tenido recientes descubrimientos por Dr. Bonanno.
7. Observar los resultados que presenta la aplicación del Debriefing psicológico como una técnica de intervención rápida que ayuda a prevenir y diagnosticar posibles trastornos de las personas en crisis. Sobre todo realizar investigación de su aplicación individual. Debido a que las posibilidades de mejora de las personas con incidentes críticos recientes, si son atendidas de manera individual como lo marca la técnica, son muy altas. Porque el debriefing permite transformar una historia traumática en un relato estructurado con

principio y fin, esto permite contener el evento sin que contamine toda la vida, al quedar encerrado dentro de estos dos límites.

8. Una conclusión interesante también es el hecho de que el debriefing utiliza como uno de sus conceptos centrales el de la resiliencia, de la cual el Dr. Bonanno ha realizado recientes descubrimientos y es necesario identificar cómo los descubrimientos recientes sobre resiliencia modifican la técnica del debriefing.
  
9. Por lo anterior, los beneficios de la técnica del debriefing, desembocan en los siguientes aspectos: posibilita ocuparnos de los sobrevivientes a eventos traumáticos, ayudándoles a integrar la historia traumática, asociada a los pensamientos y las emociones. En la estructura de la técnica pasamos del caos de los hechos, al orden en lo vivido. Los pensamientos dan la comprensión necesaria y congruente con la persona. Las emociones pueden ser aceptadas y actualizadas, en pequeñas dosis; con contención. La información les ubica en el plano de la normalidad y les proporciona recursos para afrontar las reacciones con control. El protocolo aporta la despedida simbólica de las reacciones postraumáticas. Y, para concluir, la terminación les pone el nombre de sobrevivientes con recursos nuevos y abre la puerta a un nuevo sentido de vida y a un crecimiento postraumático, que muchas veces sirve de aprendizaje.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

- Baringoltz, S. (julio de 2009). *Terapia Cognitiva y Depresión*. Recuperado el 16 de Agosto de 2011, de Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina: <http://www.revistadeapra.org.ar/Articulos/Julio/Sara.pdf>
- Beck, A. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*. (24), 495-500.
- Bellack, L., & Small, L. (1980). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México, D.F.: Pax.
- Bensabat, S., & Hans, S. (1984). *Stress: Grandes Especialistas Responden*. bilbao: Mensajero.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. *Trópicos: La Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, Año VIII, Vol. I.
- Blanco, M., & Pacheco, E. (2003). Trabajo y Familia desde el Enfoque del Curso de Vida: Dos Subcohortes de Mujeres Mexicana. . *Papeles de Población*. , 159-193.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo Psicosocial de Erik Erikson: El Diagrama Epigenético del Adulto. *Lasallista de investigación*, 50-63.
- Breuer, J. y. (1955). *Estudios sobre la Histeria*. Londres: Hogarth.
- Caplan, G. (1985). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Caplan, G. (1976). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral publications.
- Casas, C. (2008). *Duelos: cómo superar el dolor*. Buenos Aires: Paidós.
- Cavanillas, M. (22 de junio de 2007). *Luriapsicología.com*. Recuperado el 21 de agosto de 2011, de <http://www.luriapsicologia.com/Intervencion/crisisduelo.pdf>



- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., & Monge, E. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 62 (1), 25-30.
- Domínguez, B., González, M. L., Esqueda, G., Esqueda, G., & Rangel, E. (14-18 de Marzo de 2005). *www.cife.unam.mx*. Recuperado el 1 de Julio de 2011, de <http://www.cife.unam.mx/Programa/D15/A01Quimic-B/15FQ-T05.pdf>
- Domínguez, B., Pennebaker, J., & López, Y. (2008). *Estres postraumático (EPT)*. México: Trillas.
- Dryden, W., & Yankura, J. (2005). *Terapia conductual Racional Emotiva (REBT), Casos Ilustrativo*. Barcelona: Desclée de Brouwer, S.A.
- DSM-IV-TR. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales TR*. Barcelona: Masson.
- Elder, G. (2001). Life course: sociológico aspects. *International encyclopedia of de social and behavior sciences*, 13.
- Elder, M. (2003). *The emergence and developmen of life course theory*. New York: Mortimer shanahan.
- Ellis, A. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax.
- Erickson, E. (1990). *El ciclo vital completado*. Méxio: Paidos.
- Erikson, E. (2004). *Adolescencia y Sociedad*. Buenos Aires, Argentina.: Siglo XXI.
- Freeman, A., & Dattilio, F. (2007). The treatment of crisis experiences: a cognitive behavioral perspective. *behavioral psychology* (3), 407-425.
- Freud, S. (2002). *Estudios sobre la histeria* (1a. ed.). España: RBA coleccionables.

- Gomez del Campo, J. F. (1994). *Intervención en Crisis: Manual para el Entrenamiento*. México: Universidad Iberoamericana.
- Gray, J. A. (1993). *La Psicología del Miedo y el Estrés*. Barcelona: Labor S.A.
- Greco, E. (2010). *Muertes inesperadas*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
- Herrera, C. (13 de Junio de 2011). Despliega avioneta una manta: "40,000 dead. How many more?" (40 mil muertos. ¿Cuántos más?). *La Jornada* .
- Horowitz, M. (1976). Diagnosis and treatment of stress response syndromes: General principles. *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*.
- Kaplan, L. (March de 1979). A Matter of loss: Living on, surviving sadness. *The School Counselor* , 229-235.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R. y. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lewis, M., Gottesman, D., & Gutstein, S. (1979). The course and duration of crisis. *Journal of consulting and clinical psychology* , 128-134.
- Mézerville, G. d. (2004). *Ejes de Salud Mental, los Procesos de Autoestima, Dar y Recibir Afecto, y Adaptación al Estrés*. Distrito Federal: Trillas.
- Miguel T., J. J. (1996). *Ansiedad*. España: Aguilar.
- Mitchell, J., & Everly, G. (1993). *Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel*. New York: In Wilson J.P. and Raphael B.
- Mitofsky, C. (Noviembre de 2010). Encuesta Nacional Sobre la Percepción de Seguridad Ciudadana en México. México, México.
- Moffatt, A. (2007). *Terapia de Crisis: la emergencia psicológica*. Buenos Aires: Edición Argentina.

Muñoz, M., Medina-Mora, M., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.

O'Hanlon, B. (2006). *Crece a partir de la crisis*. México: Paidós.

Pennebaker, J., & Harber, K. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues* (49), 125-145.

Perren-Klinger, G. (2003). *Debriefing: Modelos y Aplicaciones*. Suiza: Institut Psychotrauma.

Pittman, F. (1991). *Crisis familiares previsibles e imprevisibles*. En C. Jaes (Comp.), *Transiciones de la Familia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Ramírez Villafañez, A. (1995). *Un método científico para afrontar el miedo y la tristeza*. Salamanca: Amarú.

Seligman, M., & Maier, S. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 1-9.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill Book Company.

Slaikou, K. A. (2000). *Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.

Stix, G. (Marzo de 2011). True Grit. *Scientific American*, 1-6.

Taplin, J. (1971). Crisis theory: Critique and reformulation. *Community Mental Health Journal*, 13-23.

Time Life. (2008). *Gran Diccionario de Sinónimos y antónimos Time Life*. Perú: Ediciones Culturales Internacionales.

Time Life. (2008). *Gran Diccionario Enciclopédico Time Life*. Perú: Ediciones Culturales Internacionales.

Viney, L. (1979). The concept of crisis: a tool for clinical psychologyst. *Bulletin of the british Psychological Society* , 29, 387-395.

Watzlawik, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Whittaker, J. O. (1977). *Psicología*. México, D.F: Editorial Interamericana.