

INTERVENCIÓN EN CRISIS, UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA

María Lorena Rocha Ramírez

Universidad de La Sabana

Chía, 30 de Noviembre de 2005

Resumen

A lo largo de la historia de la humanidad todas las personas en un momento dado de sus vidas, han estado expuestas a eventos traumáticos que generan crisis. Por tal motivo, el objetivo de este trabajo es identificar y evidenciar cuáles son las posibles situaciones que conllevan a una crisis, cuáles las reacciones individuales ante las mismas y las técnicas y métodos psicológicos que se pueden utilizar para manejarlas. Para llevarlo a cabo se realizó una revisión teórica del tema, y se identificaron las teorías más reconocidas en el campo de la psicología. Se encontró que hay poca bibliografía que soporte el tema, por lo que se hace necesario realizar más investigaciones al respecto.

Palabras clave: intervención en crisis, pérdida, incidentes críticos, afrontamiento.

Abstract

Along the history of humankind, every people in a specific moment of their lives have been exposed to traumatic events that causes crisis. For such reason, the objective of this paper is to identify and to evidence which are the possible situations that start a crisis, which are the individual reactions in time of crisis and which are the techniques and psychological methods that can be used in order to handle them. To make this possible, a theoretical review about that topic was made, and there were identified the most known theories in the field of psychology. It was found poor bibliography that supports the topic and, for such reason, it was necessary to make a more detailed research on the issue.

Key Words: crisis intervention, loss, critical incidents, coping.

INTERVENCIÓN EN CRISIS, UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA

Para comprender qué es la intervención en crisis y su importancia desde la psicología, es fundamental hablar inicialmente de lo que es la crisis como tal y cuales son los factores tanto personales como externos que influyen para que sea percibida como una situación de emergencia o de desequilibrio.

La crisis ha sido descrita a lo largo del tiempo por diversos autores (Fernández y Rodríguez, 2002; Rubin y Bloch, 2001; Slaikeu, 1988), quienes generalmente tienen en cuenta los elementos que la conforman, los cuales son una *situación de emergencia*, las *condiciones individuales* y las *condiciones externas* que inciden en que la situación sea percibida como una crisis o no.

La raíz etimológica de la palabra crisis viene de la expresión sánscrita *skibh*, que significa separar, cortar o distinguir, asimilada por la voz griega *krisis*, cuyo significado es decidir, Hipócrates (González de Rivera y Revuelta, s.f.), utilizó este término para referirse al momento en el cual una enfermedad cambia de curso ya sea positiva o negativamente.

Por el contrario Slaikeu (1988), expone una definición de crisis desde un punto de vista más integral: una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas , y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (p. 11).

Esto indica que la crisis es percibida como tal, cuando el sujeto siente que la situación es tan extrema que sus recursos o métodos previamente utilizados para solventar un problema, son ineficaces en la situación traumática. Dicha sensación de ineficacia se presenta porque el individuo tiene una resistencia finita al estrés y en situaciones amenazantes no siempre puede afrontarlo (Rubin y Block, 2001). Sin embargo es importante tener en cuenta que no todos los individuos actúan igual ante la misma situación, ya que cada uno tiene una historia de experiencias anteriores, unos valores, unas estrategias de afrontamiento, unos miedos, unas creencias, unas redes de apoyo, etc., que hacen que la manera de hacerle frente a la situación sea distinta (Datillio y Freeman, 2000).

Rubin y Bloch (2001) sugieren que las reacciones a la crisis pueden ser respuestas normales, que se dan por la interacción de tres condiciones claves, que serán expuestas a lo largo del trabajo, estas condiciones son: las condiciones personales, las condiciones situacionales y las condiciones del entorno.

La primera condición, es la *condición individual*, ésta incluye aspectos importantes del individuo como los son los pensamientos, los sentimientos y las formas de actuar, que se enmarcan en tres componentes: el componente cognoscitivo, el componente psicológico y el componente fisiológico (Rubin y Bloch, 2001). En el componente cognoscitivo, se encuentran los pensamientos, las creencias, las estrategias de solución de problemas del sujeto, entre otras (Rodríguez, 1995). Rubin y Bloch (2001) afirman que el componente cognoscitivo, especialmente las habilidades del individuo para solucionar problemas y los mecanismos de afrontamiento son desbordados por la situación crítica.

El componente psicológico, hace referencia a un estado transitorio de shock, que puede incluir respuestas como negación, temor, confusión, tristeza, etc. Otras reacciones psicológicas pueden ser aplanamiento emocional, incredulidad, perturbaciones del sueño, enojo, tristeza, flashbacks, olvido, culpa, aislamiento social, vergüenza, minimización del incidente traumático, hipervigilancia, alteración de la percepción del tiempo, etc. (Rubin y Bloch, 2001). Leiva, Campos y Lorenzo (1992), explican las principales alteraciones psicológicas de los sujetos en situaciones críticas, estas son: alteraciones en la percepción de la realidad, la cual se caracteriza por un alto grado de confusión, tensión y bajo grado de estructuración de los estímulos, también se hacen evidentes reacciones neuropatológicas duraderas dentro de las cuales se encuentran las neurosis traumáticas, las fobias, la ansiedad y la histeria, y otras reacciones pueden ser las reacciones psíquicas graves, como brotes psicóticos ideación suicida, etc. Además Leiva y cols. (1992), mencionan las diferentes gamas de comportamientos humanos de acuerdo a la fase de la situación o catástrofe. En la *fase inicial o precrítica*, en donde se hace inminente la crisis, los sujetos tienden a usar la negación sistemática y evitan tomar precauciones, llevando a cabo sus acciones cotidianas sin tomar en serio la alarma. En la *fase de impacto o periodo de crisis*, es común ver que los sujetos se encuentran embargados por sentimientos de abandono, aislamiento y vulnerabilidad. En la *fase de*

reacción, se presenta estrés y fatiga mental y física, caracterizada por desorientación espaciotemporal y pérdida de iniciativa. Leiva y cols. (1992) incluyen otras dos últimas fases que se relacionan con los periodos de reestructuración y secuelas a largo plazo.

La respuesta a la crisis, también depende en parte de la personalidad del individuo, existen dos patrones de personalidad, la *dureza* y el denominado *patrón de conducta tipo A*. Las personas cuya personalidad es “dura” tienden a tener un mayor sentido de control personal y de implicación con los sucesos, mientras que las personas con patrón de conducta tipo A, tienden a estar orientadas hacia el logro competitivo, la urgencia temporal y los sentimientos de ira, estas personas, responden más rápidamente y con mas fuerza a los estresores, interpretándolos como amenazas a su control personal (Rodríguez, 1995).

Finalmente, para concluir los aspectos individuales, mencionaré el componente fisiológico, este, implica las reacciones de estrés como cambios en el ritmo cardiaco, la respiración, etc. (Lazarus, 2000).

La segunda condición es la *condición externa*, que como indica Rodríguez (1995), hace referencia a los factores sociales (redes de apoyo social y familiar) y culturales (creencias, normas, valores, etc.), que son esenciales para el individuo, ya que cuando éste dispone de un apoyo social, reacciona mejor ante la situación (Brannon y Feist, 2001). El apoyo social y las redes de apoyo en sí, le brindan a la persona estrategias para responder asertivamente a los eventos críticos, así como también le permiten darle un significado a éstos y elaborarlos (Regehr, Hemsworth y Hill, 2001).

Además de las condiciones personales, y las externas, existen las *condiciones situacionales*, estas hacen referencia a las características distintivas del acontecimiento, por ejemplo su duración, su recurrencia, ambigüedad, cronología respecto al ciclo vital, controlabilidad, etc., que influyen en que la situación sea vista como amenazante o no (Rodríguez, 1995). Pero la reacción a la crisis, no solo depende de las características intrínsecas del incidente crítico, la reacción también depende de la naturaleza o tipo de crisis, pues existen crisis que son normativas y son esperadas por el sujeto, mientras que existen otras que son imprevistas, por lo que el sujeto reacciona de manera inesperada. Por tanto, se pueden categorizar en *crisis evolutivas o circunstanciales*. Las crisis evolutivas, se refieren a las crisis normativas como lo son la adolescencia, la senectud,

etc., mientras que las crisis circunstanciales, se refieren a situaciones que se encuentran principalmente en el ambiente e incluyen catástrofes, accidentes, enfermedades, muerte, pérdida, etc. y ocurren de manera inesperada. (Rubin y Bloch, 2001).

Las situaciones que pueden generar crisis, que han sido más estudiadas a través de diversas investigaciones son: la pérdida, las catástrofes y la enfermedad.

La pérdida puede presentarse de dos formas, la pérdida física y la psicosocial. La pérdida física, se refiere a la pérdida de algo tangible, que es significativo para la persona, como la pérdida de un miembro del cuerpo, la muerte de un ser querido o la pérdida del funcionamiento de algún órgano del cuerpo, etc., (Rando, 1993). Este tipo de pérdida, la pérdida corporal, es un evento que genera desequilibrio, porque es un acontecimiento traumático e inesperado, la primera reacción del sujeto ante tal pérdida, puede ser la negación, ya que sigue sintiendo la presencia del miembro de manera muy real (Ramachandran y Blakeslee, 1999), a esta alteración perceptual le llaman el “miembro fantasma” y ocurre porque el cerebro percibe el cuerpo como un todo indivisible, y cuando se pierde el miembro se producen trastornos de identificación neural con el concepto de uno mismo, esto quiere decir que se pierde el miembro pero no la representación de éste en el cerebro (López-Ávila y Pellicer, 2001). Lillo (2000), desde su perspectiva psicodinámica, explica el fenómeno del miembro fantasma, como los esfuerzos compensatorios que hace el individuo, para restaurar su imagen corporal, pues el aparato psíquico se resiste a aceptar la pérdida de una parte del cuerpo. Todas estas implicaciones biológicas dificultan la elaboración del suceso traumático, por parte del sujeto.

Por otro lado se encuentra la muerte, como otro tipo de pérdida física, que también genera reacciones fuertes, Kübler-Ross (1998), afirma que la pérdida o muerte más difícil de aceptar, y por tanto la que más crisis genera es la muerte de un hijo, mientras que Durkheim (2000), explica como el suicidio también puede generar crisis extremas debido a la inminencia de la muerte, además es más complicada de aceptar, porque generalmente suele dejar en los familiares o personas cercanas, sentimientos de culpa e incertidumbre.

Por otro lado, la pérdida psicosocial, hace referencia a la pérdida de algo intangible, (como el divorcio, la pérdida del trabajo, la jubilación, etc.) (Rando, 1993).

Cuando un sujeto se enfrenta a una pérdida, sin importar de que tipo sea, generalmente, pasa por un proceso de duelo (Serr, 1992), que tiene ciertas etapas, estas etapas son: evitación, confrontación y acomodación, tales etapas no necesariamente deben darse de manera secuencial (Corredor, 2002). Si el proceso de duelo transcurre de manera normal, el individuo logrará adaptarse a la nueva realidad hasta llegar a la aceptación, lo que permitirá una integración del acontecimiento y un crecimiento personal (Bayés, 2001). Pero si no se puede elaborar el duelo, puede volverse patológico, si no se llega a la etapa de acomodación luego de un tiempo prudencial (Cohen y Mannarino, 2004), las personas suelen tener conductas como la negación, la represión, el dolor, la evitación de aspectos relacionados con la pérdida, etc., e incluso presentar trastornos afectivos o de ansiedad (Rando, 1993). Los tipos de duelo patológico, que se presentan por la no elaboración de una situación crítica son: el *duelo crónico*, en el cual se presentan altos niveles de ansiedad y desesperanza por largos periodos de tiempo, el *duelo inhibido* o *negado*, que se evidencia por la ausencia de expresiones de duelo y la *psicosis de duelo*, que presenta síntomas similares a los de un cuadro psicótico (Torné y Boatas, s.f.). Sin embargo la necesidad de una intervención, para manejo de duelo suele presentarse en niveles más avanzados de consulta, no en la intervención en crisis inicial.

Otras situaciones que generan crisis son las catástrofes, estas pueden subdividirse en *naturales*, que son aquellas que son inesperadas y cuyo origen es natural, como los terremotos, erupción de volcanes, etc., y las catástrofes *originadas por el hombre*, como el terrorismo, el abuso sexual, la violencia, etc. Las catástrofes originadas por el hombre son muy comunes en Colombia, las más frecuentes son el abuso, el desplazamiento forzoso y el terrorismo, las cuales generan sentimientos como el miedo y la frustración que pueden desencadenar problemáticas más complejas a largo plazo (Palacio, Abello, Madariaga y Sabatier, 1999). Sin embargo, las catástrofes, en general, pueden generar alteraciones posteriores, como son reacciones emocionales inmediatas, secuelas postrauma agudas como ansiedad y depresión o secuelas postrauma crónicas que necesitan un tratamiento mucho más complejo (Robles y Medina, 2002).

Pero además de las catástrofes y las situaciones de pérdida hay otras situaciones que generan crisis, como el diagnóstico de alguna enfermedad, esto puede generar en las

personas reacciones emocionales y psicológicas muy similares al proceso de duelo, como lo son el rechazo, la negación, la depresión/angustia y finalmente la aceptación y/o resignación (Oblitas, 2003). Se considera una crisis porque puede durar un periodo muy largo y producir cambios permanentes en los pacientes y sus familias, irrumpe las funciones habituales del individuo y de la dinámica familiar en sí, y además amenaza la vida y la adaptación de la persona a ésta (Rodríguez, 1995). La enfermedad genera un impacto significativo en el paciente porque éste percibe que ha perdido el control personal y de su futuro, además el enfermo suele sentirse vulnerable, amenazado (Brannon y Feist, 2001) y con muchos temores debido a sus creencias y a los mitos que puede tener acerca de la muerte y los sucesos que vengan después de ésta (Kastenbaum, 1984).

Luego de explicar las condiciones que influyen en la percepción de la crisis, cabe mencionar que la interacción de éstas, es decir la interacción de las condiciones individuales (personalidad, cognoscitiva, psicológica y fisiológica), las situacionales (tipos de crisis y sus características) y las externas (apoyo social y familiar), influyen notablemente en la manera como el sujeto reacciona ante la crisis y la afronta (Brannon y Feist, 2001).

Las reacciones del individuo pueden ser descritas desde un nivel biológico, psicológico o social. Desde el nivel biológico se evidencian respuestas inespecíficas que preparan al sujeto para la lucha o para la huída, cuando éste siente amenazado su equilibrio interno por un factor del ambiente. Desde el nivel psicológico se explican las reacciones como respuestas de ansiedad que desencadenan mecanismos de defensa o de afrontamiento. Y desde un nivel social, se ven las respuestas del sujeto influenciadas por la cohesión social y el trabajo en grupo (López-Ibor, 2004).

Como cada individuo es único debido a estas dinámicas de interacción con el entorno y con las propiedades internas, se han descrito diversas respuestas reactivas o estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos para manejar los estresores que se presentan en el ambiente.

Por ejemplo Rodríguez (1995), clasifica las respuestas de afrontamiento en dos tipos de respuestas, el primero es el afrontamiento centrado en la emoción y el segundo el afrontamiento centrado en el problema, pero además también hace una distinción

entre el afrontamiento aproximativo (que incluye estrategias de confrontación y afrontamiento del problema) y el evitativo (escapar o evitar la consideración del problema y las emociones negativas concomitantes). Otros autores como Lazarus y Folkman, citados por Robles y Medina (2002), exponen nueve estrategias de afrontamiento que pueden utilizar las personas dependiendo de la situación y de las condiciones mencionadas previamente, estas estrategias son: *confrontación*, que es una estrategia de afrontamiento directa y activa que intenta alterar la situación; *autocontrol*, esta respuesta incluye los esfuerzos del individuo para mantener la calma; *búsqueda de apoyo social*; *planificación de las acciones a seguir*; *reevaluación positiva o búsqueda de un significado positivo*; *aceptación de la propia responsabilidad* y conductas de disculpa y compensación; *evitación*, conductas de huida o distanciamiento; *negación*, no tomar en consideración los riesgos de la situación; y *vigilancia*, enfocar la atención en los propios síntomas o problemas. Algunas de estas estrategias pueden presentarse de manera conjunta, dependiendo de si son activas o no.

Estas estrategias pueden ser adaptativas o disfuncionales, dependiendo de las consecuencias que acarreen, es decir, las estrategias adaptativas le permiten al sujeto aprender y elaborar la situación, mientras que las disfuncionales, pueden generar en el individuo complicaciones a largo plazo, como duelos no resueltos, trastornos de ansiedad o estrés, etc. (Fierro-Hernández y Jiménez, 1999).

Algunas personas que utilizan métodos adaptativos, tienen la habilidad de mantener el equilibrio en situaciones extremas, a éstas personas Bonanno (2004), las llama personas resilientes. La resiliencia según Bonanno (2004) es la habilidad que tienen las personas, de mantenerse relativamente estables y con un alto nivel de funcionamiento psicológico, ante eventos disruptivos o críticos. Por eso, este autor considera que no todas las personas requieren intervención clínica de urgencia, ya que si la persona tiene las habilidades de responder asertivamente ante las crisis y es intervenida clínicamente puede crearse un efecto iatrogénico.

La resiliencia, también es descrita por Rubin y Bloch (2001) como el “fenómeno Fénix”, éste es un proceso a través del cual algunas personas están en capacidad de organizar y estructurar su vida a partir de la crisis, ya que las crisis, les sirven como catalizador para generar un cambio positivo.

Bonanno (2004) afirma que la resiliencia es una respuesta normal y común, sin embargo, hay situaciones en las que las personas entran en un estado de estrés y desequilibrio, en el cual sus estrategias de afrontamiento no funcionan, para estas situaciones se utiliza la denominada intervención en crisis.

La intervención en crisis es la primera ayuda psicológica, que implica ayuda inmediata y que dura, generalmente una sesión. Los objetivos de ésta terapia son proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con otros recursos de ayuda que puedan necesitarse (Slaikeu, 1988).

Parad & Parad en 1990, citado por Rubin y Bloch (2001), definen la intervención en crisis como: un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis (y a menudo las personas clave del ambiente social) para afrontar de manera adaptativa los efectos del stress (p. 71).

Sin embargo existen diversos modelos, referenciados por Rubin y Bloch (2001), que explican la intervención en crisis como un proceso, dentro de éstos se encuentra el modelo de Gillian y James, el cual hace hincapié en la importancia de la función del auxiliador profesional, cuando tiene en cuenta los elementos que aporta el sujeto, tales elementos pueden ser la percepción personal, su historia, las experiencias pasadas, la cultura, los traumas y los prejuicios personales, etc. El modelo de Puryear en 1981, expone los principios básicos del proceso de intervención de urgencia, estos son: la intervención inmediata; la acción como tal (participar y dirigir activamente el proceso de evaluación de la situación y formulación de un plan de acción); el objetivo limitado (restaurar la esperanza y el crecimiento); la esperanza y expectativas; el apoyo; el enfoque en la resolución de problemas (determinar el problema, realizar una planificación apropiada, diseñar planes de acción); el reforzar la autoimagen; y estimular la autoconfianza. (Rubin y Bloch, 2001). El modelo de Barbara Rubin Wainrib & Ellen L. Bloch (2001), integra los elementos: respuesta de relación, evaluación y remisión, la *relación* hace referencia tanto a la *relación actitudinal* (establecer la relación inicial, comprobar las propias reacciones ante la situación y el cliente, validar y normalizar,

respetar las diferencias individuales, crear un clima de esperanza, evitar trivializar, ser consciente la sugestionabilidad) como a la *relación técnica* (reforzar las capacidades del cliente, incrementar su autoestima, estimular la autoconfianza , definir el propio rol, explorar las anteriores habilidades de afrontamiento, enseñar una nueva habilidad, planificar conjuntamente actividades, etc. En la *evaluación* se debe valorar la urgencia, severidad, adecuación de la respuesta, el estado previo a la experiencia, los recursos (internos externos, comunitarios, espirituales) grado de correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos. Y la *remisión* hace referencia a identificar si es necesario utilizar recursos comunitarios o remitir a otros profesionales, de acuerdo con la problemática. (Rubin y Bloch, 2001).

Sin embargo, el modelo más ampliamente utilizado es el Slaikeu (1988), quien habla de la primera ayuda psicológica o primeros auxilios psicológicos, que se brindan en los momentos de crisis, esta ayuda inmediata consta de cinco componentes, que permiten alcanzar los objetivos terapéuticos.

El primer componente es *realizar un contacto psicológico*, este componente sugiere lograr cierta empatía con el paciente, con el fin de que éste exprese sus sentimientos y se reduzca la ansiedad, el contacto psicológico se puede realizar de manera verbal (hacer reflexiones, responder de manera tranquila) o de manera no verbal (actitud de escucha, asentir de manera comprensiva) y tiene como objetivo lograr que el paciente se sienta comprendido y así disminuir su ansiedad. El segundo componente es *examinar las dimensiones del problema*, en este paso lo que se busca es indagar los tres momentos (pasado, presente y futuro) que enmarcaron la situación de crisis, el objetivo de este componente es permitir al paciente que organice las necesidades de acuerdo a su urgencia. El tercer componente hace referencia a *explorar las soluciones posibles*, en las que se evalúan las soluciones intentadas por el paciente, sus consecuencias y se exploran nuevas soluciones que permitan una resolución del problema más adecuada. El cuarto componente es *ayudar a tomar una acción concreta*, de acuerdo a la inmediatez de las necesidades, en esta etapa se hacen las remisiones necesarias de acuerdo a los entes que pueden ayudar a solucionar el problema (médicos, trabajadores sociales, comisarías, etc.) y se identifica si es necesaria o no una intervención más a largo plazo, desde el área de psicología. Y por último el quinto componente es el *seguimiento*, que permite estar

en contacto con el paciente un momento después, con el fin de identificar como evoluciona la problemática y cómo se encuentra el paciente, si se suministró el apoyo necesario, si se redujo la mortalidad y si se lograron realizar enlaces con otras fuentes de apoyo (Slaikou, 1988).

Esta asistencia psicológica, la debe realizar cualquier profesional de la salud, que intervenga de primera mano en la crisis, para reducir las consecuencias negativas a nivel psicológico. Esta intervención se puede realizar a través de una entrevista inicial, que tiene como propósito enfrentar los problemas y brindar apoyo inmediato. Para llevar a cabo esta entrevista se requiere de sensibilidad y juicio (Trull y Phares, 2003), y además se debe proporcionar una valoración oportuna del paciente, tanto a nivel médico como psicológico o psiquiátrico (Kaplan y Sadock, 1996). En los momentos de crisis es esencial establecer una alianza terapéutica sólida, lo que ayudará a reducir la ansiedad para facilitar el posterior desarrollo de la entrevista y si es necesario, del tratamiento (Sánchez y Rodríguez-Losada, 2003).

También es de suma importancia, valorar la mortalidad, lo que indica que se deben identificar las posibles acciones suicidas u homicidas. Para esto se requiere, que el profesional de la salud, esté atento a las señales verbales (frases de desesperanza e ideación suicida o rabia) y no verbales (apatía, regalar posesiones estimadas, etc.). Si estas señales se hacen presentes, es importante identificar que tan inminente pueden ser estas acciones, para lo cual se debe identificar si la persona tiene un plan preconcebido, ha tenido intentos previos y mirar si tiene redes de apoyo eficaces o no (Slaikou, 1988).

Además existen acciones específicas o comportamientos que debe tener en cuenta el psicólogo en una situación de crisis, y que puede realizar de manera inmediata, pues de ésta forma facilitará el proceso de intervención, estas acciones pueden ser: demostrar a la víctima que se está ahí con la disposición de escucha y de ayuda, permitir relatar los hechos, los pensamientos y los sentimientos que genera la situación, ayudar a normalizar las reacciones, identificar las necesidades y orientar y ayudar para que el sujeto pueda volver a asumir la realidad (Pérez, 2001). En los casos de catástrofes en donde se ven implicadas muchas personas, el rol que cumple el psicólogo es estudiar y asesorar en los aspectos psicosociales de la información para ser brindada a la población que está en estado de emergencia, ya que se brindará

información y se realizará la intervención pertinente teniendo en cuenta las características culturales propias de la población que se encuentra en crisis (Muñoz, 2000).

La intervención en crisis, es fundamental y se sugiere luego de un incidente crítico, pues si no se realiza de manera inmediata, en ocasiones puede generar algún trastorno o complicaciones a largo plazo (Slaikeu, 1988).

Los trastornos que suelen presentarse por la carencia de una intervención de emergencia o por una intervención en crisis inadecuada, son trastornos afectivos, generalmente depresión; trastornos de ansiedad, como trastornos por estrés agudo o trastornos de estrés postraumático; y trastornos somatoformes, como la somatización.

Los trastornos de ansiedad, como afirman Osuch y Engel (2004), se caracterizan por aparecer luego de la exposición a una situación traumática y generan cambios en los valores y alteraciones en el aprendizaje y en la memoria, por lo que tienden a ser incapacitantes. El trastorno de estrés postraumático se presenta porque el sujeto no ha sido capaz de integrar el recuerdo del acontecimiento traumático en su memoria, como parte del pasado, por lo que sigue permaneciendo como presente en la vida psíquica del individuo (Bobes, Bousoño, Calcedo y Paz, 2000). Es importante tener en cuenta, que el trastorno de estrés postraumático, se asocia con trastornos afectivos, pues el haberlos padecido es un factor de riesgo para que se genere un trastorno de estrés postraumático (Coronas, Santos, Escoté y García, 2001), así como el que el evento traumático sea violento (violaciones, maltrato físico, agresión sexual, etc.), pues este tipo de situaciones se relacionan más con el trastorno de estrés postraumático, que los eventos traumáticos de tipo natural (Martín y Ochotorena, 2004). Además el trauma afecta a la sociedad en general, las relaciones del sistema y las instituciones se ven afectadas, porque el individuo es un ser social y no se puede ver de manera aislada (Blanco y Díaz, 2004), por lo que también es recomendable una intervención a nivel social.

Este tipo de trastornos tiene como consecuencias que el paciente presente un deterioro en su funcionamiento social, ocupacional o personal (Palacios y Heinze, 2002), lo que a su vez, puede generar a largo plazo, otro tipo de problemas afectivos y psicológicos.

Por otro lado, pueden también presentarse trastornos somatoformes, como la somatización, que es descrita por Barlow y Durand (2001), como un trastorno que se diagnostica en personas que han tenido una historia de quejas continuas de dolor y que no presentan un problema médico. Sin embargo, Méndez, Ramírez y Riquelme (2001) descubren en su estudio descriptivo, que éste tipo de trastornos se dan generalmente en las crisis de tipo normativo, como las crisis familiares, en el momento del ciclo vital del nido vacío, en donde los hijos comienzan a independizarse, pues los padres requieren mayor atención y la buscan con quejas de dolores de cabeza, de estómago, etc.

Por eso en los casos en los que la intervención en crisis no es suficiente, porque la situación ha dejado secuelas psicológicas más severas, es recomendable realizar una terapia breve o también llamada terapia a corto plazo.

Tizón, San-José y Nadal (1997), describen la psicoterapia como la aplicación metódica de técnicas y procedimientos en el tratamiento de problemas de conducta, de trastornos mentales, etc., sin embargo la diferencia entre este tipo de intervención y la intervención en crisis, es que la terapia breve requiere de más tiempo y un mejor nivel de entrenamiento del terapeuta, el tiempo debe oscilar entre 1 y 15 sesiones, de 60 minutos cada una (Lazarus, 2000). Szprachman (2003), explica que la terapia breve tiene como principal objetivo orientarse al problema, identificando la interacción del sujeto y sus relaciones, así como las dificultades que tiene que generan síntomas, las crisis evolutivas, y los métodos y soluciones que utiliza en las diferentes situaciones, con el fin de crear pequeñas metas, Cohen (2003), a su vez, afirma que el tratamiento de la terapia breve debe estructurarse como un sistema de respuestas efectivas ante el estrés, teniendo en cuenta los esquemas personales que tiene el sujeto de sí mismo, de los demás y de las relaciones en general.

En este tipo de intervenciones suelen valorarse cinco subsistemas del individuo, que son el funcionamiento somático, las relaciones interpersonales, el área afectiva, el área cognoscitiva y la conductual, con el fin de permitir a la persona expresar sus sentimientos, identificar sus recursos y adaptarse a la realidad (Slaikeu, 1988).

Fernández (2002), propone cuatro fases de la psicoterapia breve. Estas fases son la *fase de indicación*, en la cual se mira el funcionamiento del sujeto antes y durante la crisis; la *fase inicial*, en donde el paciente y terapeuta realizan acuerdos sobre el

tratamiento; la *fase intermedia*, en esta fase se realizan la construcción de pautas problema y el cambio; y finalmente la *fase de terminación*, en la cual se busca evaluar conjuntamente el resultado de la terapia, evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia, prever los efectos del final de la terapia y prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

García, Martínez y Cáceres (2001), afirman que la implementación de un programa de intervención conductual influye significativamente en el afrontamiento de la crisis, ya que dicho programa disminuye la ansiedad y aumenta la percepción de control de los sujetos. Dentro de las técnicas que consideran tienen una repercusión significativa, proponen la terapia cognitiva de Beck, la entrega de información acerca de la situación, la relajación, la desensibilización sistemática y la Terapia Racional Emotiva de Ellis, que al ser utilizadas de manera conjunta alcanzan mayor eficacia.

Por todas las complicaciones psicológicas, sociales y económicas, que se pueden presentar a corto y a largo plazo debido a una crisis, pienso que la mejor solución para enfrentarlas de manera adecuada es realizar un trabajo preventivo. Este trabajo se puede realizar a través de la prevención individual, por medio del fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, lo que se puede lograr promoviendo el autoconocimiento, para potenciar el control personal, que es uno de los factores más importantes para afrontar el estrés.

Brannon y Feist (2001), refieren que existen diversas técnicas utilizadas por algunos profesionales de la salud, para mejorar las estrategias de afrontamiento, dentro de éstas se encuentran la relajación, el biofeedback, la modificación de conducta, la terapia de cognición y diversas combinaciones de éstas técnicas.

Sin embargo también es fundamental el apoyo social, ya que es un factor protector, pues le brinda al individuo apoyo y soporte (Brannon y Feist, 2001), esto se puede realizar fortaleciendo las redes de apoyo social y realizando un trabajo de prevención a nivel social, en donde se puede trabajar con la comunidad, brindándoles información y educación en situaciones de emergencia, teniendo en cuenta su problemática psicosocial, buscando el fortalecimiento de la participación activa de la comunidad en la identificación de sus problemas y en la manera en la cual pueden enfrentarlos (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Para que el trabajo preventivo sea completo, se debe tener un plan de preparación previo a la emergencia, en el cual se desarrolle un sistema de coordinación con los agentes principales o líderes que se puedan responsabilizar. También se pueden diseñar planes detallados para preparar una respuesta adecuada para la salud social y mental y entrenar al personal importante y adecuado para que realicen intervenciones sociales y psicológicas pertinentes (World Health Organization, 2003).

Para finalizar, es importante mencionar que en algunos casos debido a la magnitud de la situación los profesionales que atienden la catástrofe o la crisis, se ven afectados por la misma, por lo que se hace indispensable realizar un trabajo con ellos. La primera forma de intervención que se utiliza es el *entrenamiento previo al incidente*, en el cual se identifican las personas adecuadas para actuar en los momentos críticos. Otro método de intervención es el *soporte psicológico individual*, que puede realizarse durante o después del evento, este soporte lo realiza un psicólogo o psiquiatra con el fin de permitir una estabilización y afrontamiento de la situación. La tercera intervención se llama *demobilización*, que es un periodo breve de aproximadamente 10 a 15 minutos, que se realiza cada cinco horas en promedio, en esta fase se les brinda información así como un tiempo de descanso, esto se realiza con el fin de normalizar el estrés y reestablecer las expectativas positivas hacia el futuro. La siguiente técnica se denomina *defusing*, que se basa en un grupo de encuentro de cuatro a ocho personas que normalmente trabajan juntas, que han estado expuestas a un incidente crítico, se debe realizar en las primeras ocho horas luego de pasado el incidente, y no es aconsejable para grandes catástrofes. Esta técnica busca permitir la expresión de sentimientos, y se realiza a través de tres fases, la primera de ellas dura de 5 a 10 minutos, en ésta se brinda información sobre lo que se hará en el grupo, en la segunda fase, denominada fase de exploración, que dura de 10 a 35 minutos, se habla de los hechos, las reacciones emocionales y fisiológicas que sintieron, con el fin de reelaborar el evento y darle un significado positivo, en la última fase, que es la fase de cierre, que dura entre 5 y 15 minutos, se explican cuales son las reacciones normales ante un evento de esa magnitud, con el fin de normalizar las respuestas.

La otra técnica de intervención se denomina *debriefing*, que es un grupo de encuentro (4 – 12 personas), que dura entre dos y cuatro horas, en donde se habla del

incidente traumático, en éste se le permite a todos lo participante hablar, y su objetivo principal es brindarles a estos sujetos la sensación de control (Dattillio y Freeman, 2000), con ésta técnica también se busca reducir los síntomas existentes y así evitar que se conviertan en un problema crónico, esto se realiza a través de la reevaluación cognitiva de lo sucedido y de la identificación de las conductas alteradas como respuestas *normales* a situaciones *anormales* (Echeburúa, Del Corral y Amor, 2004).

La Organización Panamericana de la Salud (2002) refiere que el trabajar con grupos, es de gran utilidad ya que han comprobado, que esta intervención permite desarrollar en el grupo cierto sentido de colectividad, lo que genera que todos los individuos se preocupen por el bienestar común y encuentren de manera conjunta estrategias de afrontamiento de acuerdo a los recursos que tiene cada miembro, los cuales se identifican luego de la expresión de sentimientos y el compartir de las reacciones ante la situación. Es por esto que dicha organización, resalta la importancia de fomentar el trabajo en grupo y fortalecer las redes de apoyo.

Para Dattillio y Freeman (2000), este tipo de técnicas son fundamentales pues permiten que los que atienden las crisis, no se vean afectados y se conviertan en víctimas terciarias, además permite que el servicio que presten sea más oportuno y de mejor calidad.

Sin embargo otros autores como Echeburúa y cols., (2004) sugieren que los resultados que se han obtenido a través de diversas investigaciones sobre debriefing, no han sido concluyentes, pues se ha encontrado que dependiendo de las características de los individuos se aconseja o no realizar este tipo de intervención, por ejemplo el debriefing puede ser útil cuando las personas tienden a ser más vulnerables emocionalmente y están en riesgo de desarrollar un trastorno de estrés a largo plazo debido a su personalidad, sin embargo estos autores también refieren que otros estudios han demostrado que esta técnica no es aconsejable ya que en ocasiones generan una activación psicológica y fisiológica muy fuerte por lo que causan una reexposición que puede desencadenar trastornos más severos.

Por su parte Bonanno (2004), afirma que no todos los sujetos deben ser expuestos a esta clase de intervención, ya que muchas personas tienen características de personalidad resiliente y son capaces de elaborar la situación sin ayuda externa, por lo

que la intervención a corto plazo, para éste tipo de personas, puede afectar el proceso de adaptación y aceptación. Algunos críticos del debriefing psicológico, argumentan que esta técnica en ocasiones puede “patologizar” las reacciones normales del sujeto ante el incidente y por tanto puede afectar el proceso natural de resiliencia (Bonanno, 2004), dentro de éstos investigadores encontramos a Bisson y cols., citado por Bonanno (2004), quienes afirman que existe evidencia significativa, que muestra que éste método es ineficaz y en algunos casos obstaculiza el proceso natural de recuperación del sujeto.

Finalmente, se puede afirmar que no es fácil calificar la eficacia de éste tipo de intervenciones, pues hace falta evidencia empírica que sustente su utilidad. Cabe mencionar que éste es un tema que ha tomado fuerza y que hasta ahora ha comenzado a investigarse a profundidad, debido a las grandes catástrofes (tsunami, huracanes, terremotos, erupción de volcanes, etc.) y eventos críticos (ataques terroristas, guerras, etc.) que se han presentado en los últimos años. Es por eso que es recomendable abrir un nuevo campo de investigación que arroje resultados más específicos para así identificar que tipos de intervenciones son recomendables para mejorar la calidad de vida de los sujetos y de la sociedad en general.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue identificar y evidenciar los factores que influyen en el desarrollo de las crisis, las consecuencias de las mismas y las técnicas y métodos que se utilizan para su manejo. Este objetivo se logró, ya que debido a una revisión teórica concienzuda, se encontraron los aspectos más relevantes en relación al tema.

Se encontró que la percepción de la crisis como tal, depende de ciertas condiciones *internas*, es decir de las condiciones individuales, como la personalidad, la historia personal, la historia de sucesos traumáticos previos, etc.; de las condiciones *externas*, como el apoyo social e institucional; y de las condiciones *situacionales*, que hacen referencia al tipo de crisis, su duración, su intensidad, etc. Sin embargo es importante señalar, que es la dinámica de estas tres condiciones la que realmente influye en que los eventos traumáticos sean evaluados como crisis o no y además influyen en que la persona los afronte de manera adecuada o de manera desadaptativa.

Para manejar las situaciones críticas, lo que se hace generalmente es realizar un trabajo de aproximación psicológica inicial, de manera inmediata a la crisis, lo que algunos autores denominan “primeros auxilios psicológicos”, con el fin de permitir la expresión emocional y de normalizar las respuestas de los individuos, este trabajo se realiza con el fin de evitar la aparición de trastornos de ansiedad o afectivos a largo plazo. Si la situación requiere de mayor atención, los autores recomiendan realizar una psicoterapia multimodal o psicoterapia breve, que permite la identificación oportuna de los objetivos terapéuticos y la implementación de metas a corto plazo, para crear conciencia en el individuo de sus recursos internos (Szprachman, 2003).

Una de las principales dificultades que se encontraron fue la falta de soporte teórico, ya que la intervención en crisis, es un tema que hasta ahora está comenzando a ser investigado, por lo que se requirió de mucho tiempo y disposición para su estudio.

Los principales hallazgos de éste artículo, demuestran que no existen resultados concluyentes que hablen de la eficacia de la intervención en crisis, pues algunos autores, afirman que en algunas ocasiones la intervención en crisis puede obstaculizar el proceso natural de adaptación a los incidentes críticos y muchas veces puede generar consecuencias iatrogénicas, debido a que se realiza una sobreexperimentación del evento traumático (Bonanno, 2004). Sin embargo algunas organizaciones como la Organización

Panamericana de la Salud (2002) y la Organización Mundial de la Salud (2003), hacen hincapié en la necesidad de promover programas asistenciales para la intervención en situaciones críticas, ya que su implementación disminuirá las repercusiones negativas de estas situaciones, permitiendo que se intervenga de manera colectiva e individual y así se logren disminuir las consecuencias perjudiciales a largo plazo, como problemas individuales, sociales, económicos, etc.

Por eso considero que el trabajo de intervención en crisis que se realice debe hacerse teniendo en cuenta, todas las características y elementos que se encuentren inmersos en este tipo de situaciones, es decir, debe tenerse en cuenta que tipo de crisis es y cómo debe manejarse de acuerdo a sus características, también es fundamental identificar las condiciones individuales que influyen en el afrontamiento ante el evento, pues así se logrará saber si la persona tiene las capacidades para hacerle frente o requiere de cierto apoyo externo, de esta forma se evitarán consecuencias perjudiciales como sobreexperimentación del evento o la génesis de trastornos psicológicos más graves.

Sin embargo, desde mi perspectiva, el hallazgo más importante fue la identificación del trabajo de promoción y prevención que puede realizar el psicólogo, pues este trabajo implica que el profesional interactúe con los diferentes sistemas de la sociedad, ya que trabaja con la comunidad con el fin de fortalecer las redes de apoyo, trabaja con las instituciones y agentes competentes de cada población para mejorar la respuesta a la crisis y además puede trabajar con el individuo y ayudarlo a fortalecer sus estrategias de afrontamiento. Esto hace que el psicólogo sea un ente esencial no sólo en cada sistema de la sociedad, sino además en cada fase del proceso de intervención en las situaciones de crisis.

Parece entonces fundamental ampliar las investigaciones al respecto, pues de ésta forma se dará una mejor atención a todos los sistemas que componen la sociedad y se resaltará la importancia de crear mecanismos de intervención más eficaces ante situaciones inesperadas, ya que de ésta forma se brindará un mejor servicio y se dará paso una sociedad más sana, con individuos más estables y menos vulnerables.

Además se hace necesario realizar estudios más específicos, lo que indica que estas investigaciones deben basarse en las características de la población, ya que

dependiendo del tipo de situación la intervención debe ser diferente, por ejemplo, en el caso de Colombia, sería importante promover investigaciones sobre cierto tipo de crisis, como el secuestro, el desplazamiento, el terrorismo, etc., para así identificar que técnicas de intervención tendrían mejores resultados.

Finalmente, se sugiere realizar mayores investigaciones al en el tema de crisis relacionadas con la pérdida corporal y pérdida de funciones corporales.

Todos estos estudios y la profundización en estos temas permitirán la creación o descubrimiento de nuevas formas para intervenir y así lograr mejorar la calidad de vida de los individuos.

Referencias

- Atlet, J. & Boatas, F. Reacciones de duelo. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- Barlow, D. & Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal*. México: Thomson.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. España: Martínez Roca.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Ciencia y salud*, 15 (3), 227-252. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos EbscoHost.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. & González, M. P. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. España: Masson.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *Journal of the American Psychological Association*, 59, 20-28.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
- Cohen, A. (2003). *Psicoterapia a corto plazo, un enfoque psicodinámico*. España: Manual Moderno.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2004). Treatment of childhood traumatic grief. *Journal of Clinical child and adolescent psychology*, 33 (4), 819-831. Obtenido en Noviembre 21, 2005, de la base de datos Ebsco Host.
- Coronas, R., Santos, J. M., Escoté, S. & García, G. (2001). Factores asociados al desarrollo del trastorno por estrés-postraumático. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 29 (1), 10-12. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos EbscoHost.
- Corredor, A. M. (2002). Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 35-55.
- Dattillio, F. & Freeman, A. (2000). *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2ª. Ed.). New York: The Guilford Press.
- Durkheim, E. (2000). *El suicidio*. México: Coyoacán.

- Echeburúa, E., Del Corral, P. & Amor, P. J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Ciencia y salud*, 15 (3), 273-292. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- Fernández, A. & Rodríguez, B. (2002). *Intervención en crisis*. España: Síntesis.
- Fierro-Hernández, C. & Jiménez, J. A. (1999). Bienestar y consecuencias de afrontar un evento impactante en jóvenes. *Revista Estudios de Psicología*, 62, 39-54.
- García, F., Martínez, E. D. & Cáceres, E. E. (2001). Implementación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer. *Revista Colombiana de Psicología*, 10, 41-52.
- González de Rivera & Revuelta, J. L. Psicoterapia de la crisis. *Originales y Revisiones*, 35-53. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1996). *Manual de psiquiatría de urgencias*. Médica Panamericana.
- Kastenbaun, R. (1984). *Entre la vida y la muerte*. España: Herder.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. España: Martínez Roca.
- Lazarus, A. A. (2000). *El enfoque multimodal*. España: Descleé Brouwer.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción*. España: Descleé Brouwer.
- Leiva, C. A., Campos, V. C. & Lorenzo, A. H. (1992). *Manual de asistencia sanitaria en catástrofes*. España: Libro del Año.
- Lillo, J. L. (2000). Duelo y pérdida corporal. *Presentado en el Segundo Congreso de Atención Primaria y Salud Mental*, Barcelona. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- López-Ávila, A. & Pellicer, F. (2001). Nuevas aproximaciones al problema del miembro fantasma. *Salud Mental*, 24 (3), 29-34. Obtenido en Noviembre 22, 2005, de la base de datos Ebsco Host Latina.
- López-Ibor, J. J. (2004). ¿Qué son desastres y catástrofes? *Actas españolas de psiquiatría*, 32 (2), 1-16. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos EbscoHost.

- Martín, J. L. & Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16 (1), 45-49. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- Méndez, E., Ramírez, C. & Riquelme, H. (2001). Crisis familiares accidentales y enfermedad psicósomática. *Archivos en Medicina Familiar*, 3 (4), 105-108. Obtenido en Noviembre 22, 2005, de la base de datos Ebsco Host Latina.
- Muñoz, F. A. (2000). Aspectos psico-sociales, de la información a la población en emergencias. *Intervención Psicosocial*, 9 (3), 371-377. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- Oblitas, L. A. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Thomson.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias, 1-98. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- Osuch, E. & Engel, C. C. (2004). Research on the treatment of trauma spectrum responses: the role of the optimal healing environment and neurobiology. *Journal of alternative and complementary medicine*, 10 (1), S211-S221. Obtenido en Noviembre 21, 2005, de la base de datos Ebsco Host.
- Palacio, J., Abello, R., Madariaga, C. & Sabatier, C. (1999). Estrés post-traumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados. *Investigación y Desarrollo*, 10, 16-29. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos EbscoHost.
- Palacios, L. & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático una revisión del tema (segunda parte). *Salud Mental*, 25 (5), 61-71. Obtenido en Noviembre 22, 2005, de la base de datos Ebsco Host Latina.
- Pérez, D. (2001). Programa de apoyo psicológico para afectados por las situaciones críticas. *Intervención Psicosocial*, 10 (2), 151-156. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.
- Ramachandran, V. S. & Blakeslee, S. (1999). *Fantasmas en el cerebro*. España: Debate.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated Mourning*. Research Press.
- Regehr, C., Hemsworth, D. & Hill, J. (2001). Individual predictors of posttraumatic distress: a structural equation model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (2), 156-161. Obtenido en Noviembre 21, 2005, de la base de datos. Ebsco Host.

- Robles, J. I. & Medina, J. L. (2002). *Intervención Psicológica en Catástrofes*. España: Síntesis.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rubin, B. R. & Bloch, H. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. España: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, R. & Rodríguez-Losada, J. (2003). *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Bogotá: Sánchez Rodríguez-Losada.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.
- Slaikou, K. A. (1988). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno.
- Szprachman, R. (2003). *Terapia Breve, teoría de la técnica*. Argentina: Lugar Editorial.
- Tizón, J. L., San-José, J. & Nadal, D. (1997). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. España: Herder.
- Trull, T. & Phares, E. (2003). *Psicología clínica*. Thomson.
- World Health Organization. (2003). Mental health in emergencies, 1-8. Obtenido en Noviembre 25, 2005, de la base de datos PsicoDoc.