

## **LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LAS CRISIS ASOCIADAS A DESASTRES: UNA REVISIÓN TEÓRICA**

Isabel C. Salazar<sup>1</sup>, Vicente E. Caballo<sup>2</sup> y Diana C. González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia);*

<sup>2</sup>*Universidad de Granada (España)*

### **Resumen**

La intervención en crisis es una modalidad de trabajo del psicólogo y está cada vez más extendida en el mundo. No obstante, la mayoría de las intervenciones en crisis se enfocan en las problemáticas psicológicas y psiquiátricas subsecuentes. Las crisis asociadas a desastres naturales o humanos son objeto de las intervenciones psicológicas, porque generan un desequilibrio en los sistemas de funcionamiento individual (biopsicosocial) y comunitario, así como un impacto negativo a nivel económico y del desarrollo de una región o país. Sin embargo, según la literatura revisada, no se tienen informes respecto a las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales de las crisis por desastres. Lo anterior conduce a identificar un reto para los clínicos e investigadores cognitivo-conductuales que quieran contribuir en este campo con un enfoque basado en las pruebas, impactando en los programas de salud mental y de salud pública con terapias cuyo coste-eficacia sean positivos.

**PALABRAS CLAVE:** *crisis, desastres, intervención cognitivo-conductual en crisis, solución de problemas.*

### **Abstract**

Crisis intervention is a mode of psychological work widely used in the world. Nevertheless, the majority of the crisis interventions are focused on subsequent psychiatric and psychological problems. The crises related to natural or human disasters are also subject to psychological intervention, because they generate an imbalance in the functioning of individual (biopsychosocial) and community systems, as well as a negative impact at economic and development level in the region or country. However, according to the literature reviewed, there are no reports about cognitive-behavioral psychological crises intervention for disasters. Thus, there is a challenge for cognitive-behavioral clinical psychologists and research-

chers who want to contribute to this field, from an evidence-based approach with an impact on mental health and public health programs with positive cost-efficient therapies.

KEY WORDS: *crises, disasters, cognitive-behavior crisis intervention, problem solving.*

## Introducción

En el mundo son cada vez más frecuentes los servicios de emergencia y de atención en crisis y existe una variedad de modelos que guían este tipo de intervenciones. Desafortunadamente, hay un pequeño número de programas de intervención en crisis que esté basado en pruebas y que tenga documentada su eficacia, esto debido en parte, a que seguramente dentro de las principales preocupaciones en las crisis, está brindar ayuda y no en llevar a cabo una investigación sistemática (Myer y Moore, 2006; Roberts y Everly, 2006; Westefeld y Heckman-Stone, 2003). En la mayoría de estos casos, lo que se halla en los textos científicos, son las intervenciones psicológicas asociadas a problemas psicológicos y psiquiátricos, cuando han hecho aparición las secuelas de un manejo inadecuado de las situaciones de crisis o se ha dejado que ellas sigan su curso (habiendo desbordado los recursos individuales para su afrontamiento) sin ningún tipo de intervención (Myer y Moore, 2006; Roberts y Everly, 2006); como ocurre en los trastornos de estrés posttraumático [TEPT] (Caballo y Simón, 2000; Devilly y Spence, 1999; Hope, Deblinger y Fischer, 2000; Muran y DiGiuseppe, 2000; Ventura, 2006; Freeman y Dattilio, 2000), los trastornos de ansiedad (Caballo y Simón, 2000; Dattilio y Kendall, 2000), los trastornos depresivos e intentos de suicidio (Caballo y Simón, 2000; Reinecke, 2000), los trastornos bipolares (Caballo y Simón, 2000), u otra serie de problemáticas como dificultades en las relaciones interpersonales, otros problemas de salud (p.ej., somatizaciones, narcolepsia, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas) (Caballo y Cardeña, 1997; Caballo y Simón, 2000; Ramsay y Newman, 2000), entre otros.

Si la atención se focaliza aun más, en las intervenciones cognitivo-conductuales que están directamente relacionadas con la atención en casos de crisis por desastres, se tendría que decir que éstas no son una excepción a lo que se comentó anteriormente. Una revisión de las bases de datos *Silver* de la Asociación Americana de Psicología [APA], de PROQUEST y EBSCO, no arrojó resultados distintos. No se encontraron artículos con evidencia empírica de la eficacia de las intervenciones en este campo, desde la perspectiva cognitivo-conductual. Existen, por supuesto, publicaciones desde diferentes modelos y algunos de ellos hacen referencia al uso de algunas estrategias y técnicas propias de la psicología clínica conductual (p.ej., Lewis y Roberts, 2001; Matthieu e Ivanoff, 2006). Así que, teniendo este marco de referencia, el presente artículo pretende hacer una caracterización de las crisis por desastres y las formas en que éstas podrían ser atendidas, utilizando los planteamientos del enfoque cognitivo-conductual.

## Las crisis por desastres y sus características

Las crisis son consideradas como un estado temporal (Slaikeu, 1984) de total desequilibrio para un organismo, tanto a nivel físico como psicológico y, en el caso de los desastres, son subsecuentes a la ocurrencia de uno o varios acontecimientos ambientales. Dichos eventos suelen presentarse en continua sucesión o con cierta permanencia en el tiempo y son percibidos como altamente estresantes debido a que no se suele estar preparado para ellos (son impredecibles) e implica que los repertorios usuales (para solucionar problemas) del individuo o la comunidad no están acordes con estas circunstancias (Caballo, Aguilar y Marinho, 1996; Greenstone y Leviton, 1993; Lewis y Roberts, 2001; Slaikeu, 1984; Stone y Conley, 2006; Westefeld y Heckman-Stone, 2003).

Los eventos desencadenantes de este tipo de crisis son los desastres naturales (p.ej., terremotos, tsunamis, ciclones, huracanes, erupciones volcánicas, deslizamientos o derrumbes de tierra, inundaciones) (Miller, 2006) y las catástrofes generadas por la acción humana (p.ej., incendios, atentados terroristas, guerra, derrumbamiento de construcciones, accidentes aéreos y de tráfico), los cuales ocurren cada vez con mayor frecuencia en el mundo y afectan sectores cada vez más grandes de la población en general (Freeman y Dattilio, 2000; Roberts y Everly, 2006). Este tipo de acontecimientos, han sido hallados como productores de estrés (Lewis y Roberts, 2001) y desde el enfoque psicosocial, son nombrados como sucesos vitales (Caballo *et al.*, 1996; Caballo y Cardeña, 1997; Caballo y Simón, 2000; Holmes y David, 1989; Holmes y Rahe, 1967; Lewis y Roberts, 2001). En el Anexo 1 se presenta la Escala de acontecimientos productores de estrés (EAPE; Caballo, 1994 citado por Caballo *et al.*, 1996), que incluye éstas y otras situaciones vitales estresantes.

Esta alteración en los distintos sistemas de funcionamiento de una persona es significativa, puesto que ella percibe la situación como negativa, amenazante, insuperable y sobre la que no puede hacer nada (Stone y Conley, 2006); experimenta altos niveles de activación y malestar emocional (p.ej., miedo, dolor, incertidumbre, tensión, estrés); y a nivel conductual encuentra que sus repertorios habituales no sirven para solucionar los problemas que en ese momento aparecen (Caplan, 1961); razón por la cual produce una modificación de los mismos, aunque en muchos casos, estos tampoco resultan eficaces, y por lo tanto, se mantiene la crisis (Salazar y Ventura, 2007). En casos más extremos, la persona puede sufrir estados de desorganización (Slaikeu, 1984) tan graves como las reacciones psicóticas (Freeman y Dattilio, 2000, 2007).

Por otra parte, la persona percibe que hay asuntos en conflicto, que debe tomar decisiones y asumir comportamientos que no desea o que piensa que no puede lograr (baja expectativa de autoeficacia), pero que considera como impostergables o ineludibles. Lo anterior, se debe a que el desencadenante de la crisis genera condiciones de restricción y altera el sistema de contingencias ambientales ocasionando un desequilibrio a nivel de la motivación. En este caso, el sujeto se expone a escoger entre alternativas percibidas como negativas y a perder aquellas que son valoradas como positivas, con lo cual se aumentan los niveles de temor e incertidumbre ante la posibilidad de actuar de modo errático.

Ante la ocurrencia de un acontecimiento crítico, los seres humanos tienen una reacción emocional natural inicial (p.ej., congelamiento, huída o lucha) (Lazarus y Folkman, 1984), que suele ser característica de sus formas de enfrentar acontecimientos estresantes en su vida. No obstante, dadas las características del desastre (sin importar si es natural o no) pueden presentarse algunas variaciones en la respuesta. De acuerdo a lo planteado por Salazar y Ventura (2007), la dificultad para aceptar que aquello que está sucediendo es real hace parte de las reacciones esperables durante este proceso de afrontamiento de la crisis, y cuando se logra, es factible que se experimenten sentimientos de rabia. En el caso de las crisis por desastres aparecen, entre otras, preguntas y reproches como por qué tuvo que ocurrirle dicho suceso, por qué ella es una sobreviviente y otros no (quizás entre ellos sus seres queridos) y por qué los demás (la comunidad, los profesionales, los políticos, etc.) parecen no hacer nada que sea eficaz. Estas cuestiones pueden ser las mismas en las que se base para rechazar (o no buscar) cualquier tipo de ayuda y, a su vez, dan cuenta de la limitación que tiene la persona para comprender lo sucedido y su poca percepción de control.

Como parte de la evolución ante la crisis ocurren una serie de cambios conductuales, que van mostrando la transformación de las ideaciones catastróficas, los sentimientos de indefensión y las conductas de huída o evitación, por aquellos comportamientos que revelan un compromiso activo para salir adelante, asumiendo las consecuencias por los resultados de sus acciones (y omisiones). Sólo en este momento, la persona está en capacidad de buscar y asimilar información sobre el evento y el modo en que éste afecta su vida y la de los demás, está dispuesta a la autoobservación y al autodescubrimiento de sus necesidades físicas y emocionales, de sus pensamientos y conductas (incluyendo las de interacción con los demás y el entorno en general), y lo más importante, está dispuesta a realizar ajustes con el fin de satisfacerlas (Golan, 1978).

La intervención psicológica como un trabajo profesional, puede ser muy pertinente en los casos en que ha ocurrido un suceso crítico circunstancial. No obstante, en muchos casos los servicios psicológicos, si se prestan, ocurren usualmente un tiempo después (horas o días) de haber sucedido el acontecimiento. La intervención de crisis es una especialidad que requiere un entrenamiento específico para saber cómo evaluar el grado de la crisis, reconocer los momentos por los que atraviesa el sujeto, su nivel de funcionamiento y las características del suceso, y así determinar la pertinencia de las intervenciones resultantes (Stone y Conley, 2006).

### **Modelos para la intervención en crisis desde la perspectiva cognitivo-conductual**

Para la atención psicológica de las crisis en general pueden encontrarse algunos modelos (p.ej., Ellis, 1962; Beck, 1976; Meichenbaum, 1977), pero en este artículo la intención es proponer unas directrices para los casos de crisis por desastres, desde la perspectiva cognitivo-conductual, manteniendo algunas de las características básicas del enfoque, como la estructura, directividad, trabajo conjunto, enfoque

proactivo —o de solución de problemas—, perspectiva ecológica y eficacia. Así mismo, la intervención haría énfasis en el logro de los siguientes objetivos:

1. Construcción de una relación terapéutica de ayuda para la crisis. Esto implica básicamente establecer el contacto psicológico y ser empático.
2. Conocer las dimensiones de la crisis, del suceso desencadenante, el impacto personal, social y contextual, para lo cual habría que emplear todas las estrategias de búsqueda y obtención de información.
3. Comunicar apoyo al individuo y la comunidad afectada, aumentando así la posibilidad de que aún en sus condiciones puedan obtener algún nivel de control y predicción sobre lo ocurrido y sus consecuencias.
4. Desarrollar o fortalecer las estrategias de afrontamiento que les permita hacer frente a la situación, de tal forma que se disminuyan los posibles resultados negativos (incluyendo la pérdida de la vida), empleando un enfoque de solución de problemas.

La intervención en crisis por desastres desde el enfoque cognitivo-conductual no tendrían por que ser la excepción a los planteamientos que tradicionalmente la han caracterizado, específicamente en torno a cómo desarrollarse. En primer lugar, las terapias deben ser *estructuradas* (Freeman y Dattilio, 2000) y las intervenciones en crisis quizás con mayor acento dado que parte de la necesidad de los afectados está en poder encontrar aquellas cosas que le ayuden nuevamente a «ordenar su mundo» (incluyendo el psicológico). Las personas pueden sentir un mayor grado de control si conocen cómo se desarrollará el proceso de atención, si saben cuál es su papel en cada uno de los momentos, si anticipan que habrá momentos para hablar, expresar sentimientos, escuchar, plantear las cuestiones problemáticas, construir alternativas de solución para ellas e implementarlas, y si saben además, en cuánto tiempo pueden esperarse los resultados que se propone. La estructura puede referirse también al número de sesiones, al contenido de las mismas y a la frecuencia con que se desarrollarán. Bien vale la pena aclarar que tener «estructura» no es equivalente a ser rígidos en la forma de proceder, se trata simplemente de tener un esquema para «dar cierto rumbo» a la actuación del terapeuta y del cliente.

Unido a lo anterior aparece la *directividad* como segunda característica de la intervención en crisis. Decididamente, es el clínico quien debe guiar de manera activa el proceso de ayuda. Una forma de hacerlo será a través de la formulación de hipótesis, compartiéndolas con las personas y utilizándolas para hacer nuevos hallazgos; otra forma es alentando al paciente o la comunidad para encontrar recursos y soluciones, y por último, enseñándole o potenciando sus estrategias de manejo. Lo anterior hará que las víctimas puedan sentirse apoyadas y orientadas en torno a la situación (Freeman y Dattilio, 2000).

En tercer lugar, la intervención en crisis deberá caracterizarse por el *trabajo conjunto*. Clínico y paciente/comunidad deben asegurar que en dicha relación se incluyen los insumos necesarios para que en la terapia se logren los mejores resultados con el máximo de la energía o trabajo que pueda aportar cada uno. Freeman y Dattilio (2000) y Miller (2006) hacen referencia a este aspecto como colaboración

y trabajo en equipo, y señalan que no necesariamente es una relación en la que se contribuye en la misma medida, pues definitivamente, es probable que el/la paciente/comunidad lo haga en menor grado debido a las circunstancias que atraviesa. El aporte del paciente puede ser en términos de proveer información, estar dispuesto a confiar en el terapeuta, apoyar las decisiones conjuntas, hacer aquello que él mismo identificó como una acción que está a su alcance, entre otras. En cualquier caso, el terapeuta conductual no debe perder de vista el papel activo y colaborador de el/la paciente/comunidad (Cormier y Cormier, 1994; Cruzado, Labrador, Muñoz, 1997).

El *enfoque proactivo*, por su parte, plantea que se debe asumir la solución de los problemas como la principal estrategia (Cruzado, Labrador y Mayor, 1997) y tener la capacidad para anticipar aquellos que podrían aparecer, con el fin de desplegar todos los comportamientos que impidan que aparezcan mayores complicaciones y que ocurran los comportamientos que aumenten las probabilidades de obtener resultados positivos. Esta perspectiva preventiva plantea la importancia de asumir una actitud educativa en todo momento, pues se trata de que el paciente (o la comunidad) aprenda a desarrollar estrategias de afrontamiento, de autorregulación y de autocontrol en situaciones problemáticas que, además, le sean útiles en futuras experiencias vitales (Cruzado *et al.*, 1997; Freeman y Dattilio, 2000; Miller, 2006; Westefeld y Heckman-Stone, 2003) y, que cada vez dependa menos del psicólogo. Este modelo, definitivamente se aleja de la perspectiva asistencialista en la que la intención es curar y dejar las cosas en manos del experto. Desde esta perspectiva, la información (y no el consejo) vuelve a ser una condición necesaria, pues clínico y cliente podrán prever consecuencias futuras con base en ella, y requiere por lo tanto un intercambio recíproco por parte de ambos (Cormier y Cormier, 1994).

En quinto lugar, la *perspectiva ecológica* sitúa al clínico en cuanto a que el paciente no está solo, sino que hace parte de una familia, comunidad o grupo y, por lo tanto, debe encontrar la manera en que todos los sistemas implicados interactúen de la manera más favorable para solucionar la crisis. Además, tal como afirman Ruiz y Villalobos (1994), el terapeuta de la conducta debe conceder relevancia a las variables ambientales, puesto que ellos formulan muchas de las reglas, normas de funcionamiento y demandas específicas que influyen considerablemente en los modos de comportamiento de los clientes.

Específicamente, los avances más recientes en el campo de la intervención en crisis plantean que éstas no ocurren en el vacío sino que forman parte los contextos culturales y sociales en que se desarrollan dichos acontecimientos (Myer y Moore, 2006), y por lo tanto hay que respetarlos e incluirlos en la intervención (Everly, Phillips, Kane y Feldman, 2006). Miller (2006), plantea que en los desastres hay que tener presentes la herencia histórica, el nivel de recursos y capital social y económico disponible de la región afectada, el contexto sociopolítico, los valores culturales y religiosos, las diferencias étnicas, y las cuestiones lingüísticas. Freeman y Dattilio (2000, 2007), por su parte, se concentran más en el carácter social/interpersonal en que se desenvuelven las personas y en cómo ellas no funcionan de manera aislada sino interdependiente con aquellos que hacen parte de su entorno social;

razón por la cual, es importante apelar a esta característica, con el fin de utilizar apropiadamente los recursos individuales y del ambiente externo.

Finalmente, la *eficacia* estará dada en las intervenciones en crisis por la maximización de las ganancias y la minimización de las pérdidas a partir de las elecciones que se realicen. El objetivo principal, de acuerdo con Cruzado *et al.* (1997) será la autorregulación y el autocontrol por parte de los beneficiarios de la intervención, y los métodos y las técnicas estarán basados en el aprendizaje vicario, el condicionamiento operante y el clásico. Sin duda, esto requerirá de un gran entrenamiento del clínico para ayudar a fijar metas, identificar los recursos existentes, establecer las estrategias, entrenar al paciente/comunidad si se requiere y evaluar en poco tiempo el impacto ocasionado por la implementación de las soluciones. Según Freeman y Dattilio (2000, 2007) la terapia deberá ser de corta duración, aunque no se plantea un número exacto de sesiones, pues esto dependerá del/a paciente/comunidad y de la características del evento.

### Qué y cómo evaluar la crisis

Como se había mencionado antes, el psicólogo con orientación cognitivo-conductual debe inicialmente evaluar la situación concreta del individuo y la comunidad. Los procesos de evaluación ante la crisis deben ser rápidos, pero no por ello, superficiales. Es indiscutible que hay que efectuar una evaluación global pero que reúna información valiosa para detectar en dónde y cómo se puede intervenir de manera eficaz. En este sentido, deben incluirse los siguientes aspectos:

1. Características del acontecimiento que ocasionó la crisis.
2. Los procesos involucrados en el funcionamiento psicológico del individuo y el impacto sufrido por la situación que desencadenó la crisis a nivel de las respuestas biológicas, emocionales, conductuales y cognitivas.
3. Antecedentes individuales (características premórbidas físicas y de personalidad).
4. Características del contexto físico y social.

Por una parte, conocer el acontecimiento vital estresante que ocasionó la crisis implica evaluar la naturaleza del factor desencadenante y sus consecuencias, sus características biofísicas (p.ej., si implica que la persona esté expuesta a contaminación, ruido; calor, frío o esfuerzo físico excesivos, ayuno, a padecer algún tipo de lesión o infecciones, etc.), su intensidad, su duración, el alcance y en general el conjunto de circunstancias que definen la situación (Caballo *et al.*, 1996; Caballo y Simón, 2000; Freeman y Dattilio, 2000; Lazarus y Folkman, 1984). Estas particularidades permiten identificar los problemas mayores que se podrían derivar de él (Stone y Conley, 2006), incluyendo la pérdida de la homeostasis en el organismo. En el caso de un acontecimiento que tiene la posibilidad de repetirse en cuestión de pocos minutos u horas como sucede con los terremotos y sus réplicas, plantea la necesidad de identificar refugios seguros, hacer evacuaciones o reubicaciones

de las personas y colocar puestos de atención primaria, con el fin de disminuir la mortalidad o la aparición de complicaciones mayores en caso de estar heridos. Estas cuestiones requieren a su vez, que se atiendan aspectos psicosociales como establecer si alguien más de su familia o personas cercanas que estén en el perímetro de la zona vulnerable, se encuentran o no a salvo, pues ésta será una de las mayores preocupaciones de las personas afectadas y hasta no tener algún nivel de garantía para sus allegados no accederá a participar del resto de las acciones para solucionar la crisis.

Tal como lo mencionan Caballo, Valenzuela, Anguiano, Irurtia y Salazar (2006), «aunque en la mayoría de los casos el sujeto puede precisar cuáles son los hechos o circunstancias que están directamente relacionados con su malestar, el clínico deberá realizar una meticulosa valoración de todas las circunstancias y eventos que, de forma más o menos encubierta, también afectan negativamente al sujeto» (p. 323). Esto plantea, que no se debe atender sólo a la información «objetiva» del relato de los acontecimientos, sino a la manera como el individuo realiza la narración, pues en ésta incluye sus valoraciones, temores, preocupaciones, intereses, necesidades, pensamientos, habilidades y demás recursos (que posteriormente pudieran ser de gran utilidad).

En segundo lugar, el terapeuta cognitivo-conductual debe concentrarse en el impacto y las formas de manejo psicológico del sujeto, por lo tanto, inicialmente, debe ser capaz de establecer una línea de base sobre los distintos sistemas de respuesta. Los aspectos biológicos, por ejemplo, son especialmente importantes de ser evaluados en los períodos de crisis, puesto que elementos como el estado general de salud, la presencia de dolores, enfermedades (p.ej., cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, etc.), heridas, estados de fatiga, alteraciones en el sueño, la inapetencia, o la presencia de una mayor activación (sobresalto/nerviosismo y en general las respuestas autonómicas) hará que se incrementen los niveles de reactividad emocional e influirán en el procesamiento de la información y, consecuentemente, en el desarrollo de conductas de afrontamiento (Caballo *et al.*, 2006). En este sentido, existe un proceso permanente de retroalimentación con otros sistemas de respuesta del individuo y en algunos casos será relevante la atención médica o por parte de algún profesional de la salud especializado en esta área.

Por su parte, las respuestas emocionales y afectivas son quizás, las más notorias en un estado de crisis, que surgen como respuesta a la situación estresante y no como parte de algún trastorno psicopatológico (Caballo y Simon, 2000). Pueden aparecer síntomas características del estado de *shock* y de negación (p.ej., parálisis o inmovilización, mutismo, confusión, desorientación), o de estados más alterados, como en el pánico, la ansiedad, la ira, o la labilidad emocional (Freeman y Dattilio, 2000, 2007), cambios en el estado de ánimo, la desesperanza y los sentimientos de incapacidad e inutilidad. Estas manifestaciones afectivas están asociadas con la pérdida de aquel «balance» que se tenía antes del suceso, y entre estos aspectos que se pierden pueden estar la salud, la vida de un ser querido, pertenencias materiales (incluida la vivienda), entre otras.

En cuanto a los repertorios conductuales, es necesario determinar si la persona cuenta o no con un conjunto de respuestas apropiado para hacerle frente a la situa-



ción, para buscar apoyo social, expresar sentimientos y mantener el control emocional (Caballo *et al.*, 2006). Acontecimientos vitales como los desastres implican cambio en las actividades usuales de los individuos y parte del efecto «estresante» e incluso «crítico» está en función de la cantidad de cambio que conlleva (Caballo y Simón, 2000), no obstante, un factor más importante es la capacidad de respuesta conductual ante esta nueva demanda.

De lo anterior la importancia de familiarizarse con el modo en que usualmente la persona ha enfrentado situaciones altamente estresantes o problemáticas y cómo ha tomado decisiones en esos casos; y sería aún más útil saber si antes ha tenido crisis similares. También es primordial identificar las primeras estrategias de afrontamiento que utilizó y los resultados obtenidos (incluyendo los intentos de suicidio), y hay que considerar todas las habilidades, dirigidas tanto al control emocional como a la toma de decisiones y la solución de problemas. De acuerdo con Caballo *et al.* (2006) y Freeman y Dattilio (2000, 2007), las respuestas de escape y de evitación, así como las de negación, son las estrategias de afrontamiento más frecuentes en este tipo de situaciones.

De todos estos repertorios dependen en gran medida las expectativas de autoeficacia y de resultado (Bandura, 1988), no adquirir ni mantener la desesperanza ni aumentar la sensación de pérdida de control sobre su vida. Si en este sentido se obtiene un *feedback* negativo, los niveles de activación emocional pueden incrementarse por la percepción de agravamiento de las condiciones y disminuir la probabilidad de generar pautas de acción acertadas, convirtiéndose éste en un asunto cíclico.

A nivel de las respuestas cognitivas, quizás la información más relevante consiste en la percepción que tiene la persona sobre los acontecimientos, sobre su nivel de competencia para manejar eficazmente la situación (Caballo *et al.*, 2006; Freeman y Dattilio, 2000) y los resultados que espera obtener. Sin duda, parte de la crisis, depende no sólo del evento en sí mismo sino de la manera como éste y las propias estrategias de afrontamiento son evaluados por el individuo, destacándose así, el peso del componente subjetivo-valorativo en la crisis (Carrobes, 1996; Lazarus y Folkman, 1984). Es importante considerar entonces, que la flexibilidad cognitiva que pueda tener alguien va a incidir en el procesamiento de la información, en la atribución de significados, aunque ésta puede verse alterada en la crisis por el estado de confusión y la carga emocional que en sí misma tiene el evento estresante.

Entre las respuestas cognitivas que hay que evaluar, están, el nivel de conocimiento que posee la persona sobre la situación y sobre los planes que se adelantan o deberían llevarse a cabo para salvaguardar la vida y la integridad; su capacidad para discriminar entre la información que es relevante y aquella que no lo es; si realiza en mayor medida anticipaciones negativas, si tiene distorsiones de la realidad; la presencia de ideas disfuncionales (acerca de sí misma, el acontecimiento, los otros y el mundo) que aumentan su vulnerabilidad; la presencia de evitaciones cognitivas; si ha tenido disociación cognitiva; si presenta dificultades para mantener la atención y la concentración; el funcionamiento de su memoria; entre otras. Es muy común que las personas presenten cogniciones asociadas con el hecho de no saber qué hacer, cómo manejar la situación y se planteen cuestiones como «¿qué se supone

que debo hacer?» y «¿cómo voy a salir de esto?» (Freeman y Dattilio, 2000; Nezá, Nezá y Lombardo, 2006; Stone y Conley, 2006).

Entre los antecedentes individuales que deben identificarse están las características premórbidas de personalidad (Freeman y Dattilio, 2000), la presencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos previos (Caballo *et al.*, 2006), especialmente, trastornos anímicos, emocionales o de personalidad, el manejo de los trastornos orgánicos (si es que ha padecido alguno); las discapacidades; los tipos de reacción al estrés, características sociodemográficas, como la edad, el sexo (Caballo *et al.*, 2000; Matthieu e Ivanoff, 2006), entre otras.

Para concluir respecto a la fase de evaluación, se hará referencia a las características del contexto físico y social. En el caso de los desastres vale la pena identificar las nuevas condiciones físicas del lugar donde ocurrió, la disponibilidad y la manera como se prestan los servicios de atención públicos, privados, no gubernamentales (servicios de salud, cuerpos de rescate, bomberos, policía, etc.); la existencia y funcionamiento de las redes de apoyo familiar, social y comunitario que puedan brindar apoyo emocional e instrumental. Es muy importante poder establecer rápidamente las características de las personas más cercanas (p.ej., familiares, amigos, vecinos) en ese momento (incluidas sus estrategias de afrontamiento) y el estilo de relación/comunicación para poder hacer algunas anticipaciones respecto a la eficacia o ineficacia por parte de las mismas (Caballo *et al.*, 2006).

### **La intervención cognitivo-conductual en la crisis**

Específicamente, sobre la intervención cognitivo-conductual en la crisis cabe señalar que antes de iniciar cualquier acción, el clínico deberá conocer o participar en los planes de evaluación de las conductas asociadas a la crisis (incluyendo aquellas que son consideradas como medidas de seguridad, tal como lo plantean Westefeld y Heckman-Stone (2003).

Posteriormente, vendría el trabajo con los individuos directamente afectados por el desastre, y frente a lo cual los objetivos terapéuticos incluyen, por ejemplo, la expresión de sentimientos y pensamientos por parte del afectado, la ampliación de los canales de comunicación, la disminución significativa de las reacciones emocionales (entre lo que se incluye la concientización por parte de la persona sobre su desorganización física y emocional, y sobre la cual puede tener control), el aumento considerable de la información sobre lo ocurrido, la elaboración conjunta de alternativas de solución a la situación actual y de las próximas horas o días (lo cual hace que se tengan en consideración las consecuencias de las acciones inmediatas), la búsqueda o establecimiento de algunas redes de apoyo, la disminución de la mortalidad entre la población afectada, y el desarrollo de una nueva conceptualización de sí mismo y de los problemas (Roberts y Everly, 2006).

En este sentido, puede ser muy pertinente preocuparse en primera instancia por establecer el contacto con dichas personas, con el fin de empezar a construir una relación de confianza y apoyo con ellas. Esta condición será la base para *establecer un contacto psicológico y una relación o alianza terapéutica adecuada* (Stone y

Conley, 2006; Westefeld y Heckman-Stone, 2003). Por lo tanto, el psicólogo deberá mostrar empatía, calidez, transmitir sensibilidad, confiabilidad, expresar incondicionalidad, manejar los silencios, entender sin juzgar, emparejar su estilo de comunicación con el del sujeto, comprender sus formas y lenguaje para expresarse, atender a las señales no verbales y paraverbales de incomodidad, permitir expresar la no aceptación y las dificultades para el cambio, mostrar respeto, y validar los sentimientos y el recuento de la persona indicando, cuando sea factible, el nivel de control que tiene sobre la situación (Cormier y Cormier, 1994; Ivey e Ivey, 1999; Marinho, Caballo y Silveira, 2003; Ruiz y Villalobos, 1994). Es probable que como efecto de esta nueva alianza no sólo se establezca una relación más estrecha, de confort y confianza entre el psicólogo y la persona/comunidad (Every *et al.*, 2006), sino que se disminuya en parte, los niveles de tensión en el cliente. Esta fase demanda por parte del psicólogo, una gran capacidad para entender los valores y patrones culturales de las personas, sus formas de comprender el mundo y concebir la vida (Stone y Conley, 2006).

En este primer objetivo se incluye también comunicar apoyo emocional (Every, 2006; Salazar y Ventura, 2007), empleando señales que les permita darse cuenta de que se perciben sus emociones; expresándoles que se reconocen sus sentimientos; y dándoles información a cerca de la «normalidad» de sus respuestas (emocionales, cognitivas y conductuales) dada la situación que atraviesan y explicando cómo ellas irán cediendo en la medida que se afronte la situación. En estos casos, se hace énfasis en la transitoriedad de la situación para que el/a paciente/comunidad empiece a asimilar dicha información, disminuya sus niveles de incertidumbre y de ansiedad, y aumente su esperanza (Cormier y Cormier, 1994; Westefeld y Heckman-Stone, 2003). Es muy común que en situaciones de desastre el terapeuta no sólo comunique apoyo, sino que intente proteger al pacientes y por ello, Cormier y Cormier (1994) afirman que «el terapeuta debe mantener un equilibrio justo entre el apoyo y la protección para evitar que se genere la dependencia del cliente y para evitar 'rescatar' al cliente» (p. 37).

Una posible estrategia para lograr llegar a más personas en casos de desastre es la realización de intervenciones muy breves conformando grupos con los afectados, como ocurre generalmente en el *debriefing* (Devilly, Gist y Cotton, 2006, Echeburúa y Corral, 2007). En estos casos el clínico deberá exhibir una gran habilidad para facilitar la comunicación entre los distintos miembros, modular su participación, respetar (y hacer respetar) los sentimientos y opiniones de los participantes, y utilizar a favor las características de las víctimas (p.ej., edad, sexo, nivel sociocultural, profesión, etc.) para el modelamiento de nuevas estrategias de afrontamiento y el refuerzo de aquellas interacciones que puedan constituir posteriormente una red social para el apoyo. Estas oportunidades se basan en la expresión de sentimientos, normalización de las respuestas de estrés y la psicoeducación sobre los síntomas que caracterizan sus respuestas ante la crisis (Devilly, Gist y Cotton, 2006).

Al tiempo que se establece este contacto psicológico, es importante *obtener información* que permita llevar a cabo la evaluación ante la crisis, tal y como se especificó anteriormente. El entrenamiento previo para realizar entrevistas conductuales de evaluación podría ser muy útil en este sentido, además de contar entre el

repertorio con algunas habilidades y estrategias, como: escuchar de manera activa, mantener la secuencialidad en el tema (sin ser inflexible); realizar preguntas generales o específicas, abiertas o cerradas según se requiera; pedir aclaraciones (y evitar la interpretación); permitir que la persona saque sus propias conclusiones y confrontar sin invalidar. Uno de los aspectos en los que más se debe fijar el clínico, es en la aparición de ideaciones, planes y acciones parasuicidas, y en tal caso, es factible que éste sea el principal problema que deba solucionarse antes de abordar cualquier otro (Westefeld y Heckman-Stone, 2003). Obtener información, es sin duda, el camino necesario para obtener una aproximación al conocimiento de la situación.

Otra de las principales metas del terapeuta cognitivo-conductual es *identificar y fortalecer* algunas de *las estrategias* que utiliza la persona *para mantener el control emocional*, por lo tanto, entre la información que debe recolectar están aquellas alternativas que ella ha utilizado en ese tiempo, así como aquellas que emplea frecuentemente para disminuir el malestar emocional y los síntomas físicos (p.ej., la respiración, relajación, meditación, caminar, hacer ejercicio o cualquier actividad física). Este momento, puede ser aprovechado para dar *retroalimentación* al sujeto y reforzar la utilización de aquellas estrategias que puedan ser pertinentes e iniciar la enseñanza-aprendizaje de aquellas que podría ser necesarias para favorecer el afrontamiento de las emociones, en un corto período de tiempo.

Una vez se ha reunido la información útil para *intervenir sobre el(los) mayores problema(s) y el estado emocional del individuo*, va a ser muy importante aumentar el sentido de autoeficacia de la persona, definiendo con ella las alternativas y las herramientas que le servirán para afrontar y manejar la situación. En estos casos, los modelos de solución de problemas (D'Zurilla, 1990, 1993; D'Zurilla y Goldfried, 1971; D'Zurilla, Maydeu-Olivares y Kant, 1998; Nezá *et al.*, 2006; Nezu y Ronan, 1985; Westefeld y Heckman-Stone, 2003) suelen ser de gran utilidad. Estas estrategias, incluyen tradicionalmente una definición clara del problema (y de las metas), de las alternativas de solución, una fase de evaluación de las mejores opciones según el caso y las circunstancias, la toma de decisiones, la formulación de un plan para implementar las soluciones y la evaluación de los resultados.

De este proceso se destacan dos aspectos relevantes, por un lado, hay que ayudar al/a individuo/comunidad a crear posibilidades en su sistema de intercambio con el medio que le permitan disminuir las incongruencias entre las condiciones ambientales y las necesidades y valores propios, y ayudarlo/s además, a dirimir el conflicto entre las alternativas. Como lo afirman Nezá *et al.* (2006), es posible que las personas tengan que elegir entre aquellas opciones que tienen un valor negativo a corto plazo, pero que probablemente más a delante podrá elegir entre otras alternativas que sean valoradas positivamente; o elegir aquellas en las que esté implicado un costo emocional y de esfuerzo alto en los primeros momentos, pero posteriormente tendrá ganancias emocionales si alcanza el resultado deseado. Esto hace parte de la formulación y elección entre las alternativas de solución, y, de la manera como se lleve a cabo, se podrán o no aumentar los niveles de predicción y control por parte del individuo.

Nezá *et al.* (2006) proponen, adicionalmente, que se utilicen estrategias como la reestructuración cognitiva para modificar las creencias desadaptativas (p.ej., «el

mundo es un lugar peligroso», «la gente es mala», «no me puedo fiar de nadie», «no me puedo relacionar con otras personas», «esto —refiriéndose al hecho traumático— me puede suceder otra vez y no voy a poder manejarlo», etc.). Lo anterior supondrá un trabajo en el cual se puedan identificar qué las hace disfuncionales y qué influencia tienen en el afrontamiento de la situación, dando luego la posibilidad de generar cogniciones más ajustadas.

Igualmente es primordial, alentar la búsqueda de otros apoyos externos (de carácter social) contactando a las unidades u organismos que puedan brindar apoyo o definiendo cómo lograr este apoyo, y es importante que el clínico pueda detectar si son necesarias las remisiones para otros profesionales con el fin de atender otros aspectos que se relacionan con la crisis o las consecuencias del comportamiento que hasta el momento ha tenido el sujeto (p.ej., tratamiento farmacológico para el control de las crisis de ansiedad).

Al final de la intervención psicológica cognitivo-conductual de la crisis, un aspecto importante que debe ser producto de este trabajo es que las personas han logrado comprender que las situaciones críticas son parte de la vida, así el desencadenante de la crisis no haya dependido de una acción directa de la persona, como ocurre en estas ocasiones. Al revisar la forma como se manejó la crisis, se puede identificar que parte del éxito estuvo en que logró concentrarse en que esta situación fue concebida como un obstáculo o impedimento que le permitía funcionar como lo haría cualquier otro día y que lo que requiere principalmente, es encontrar una mejor forma de superar dicho obstáculo, lo cual representa el reto de aprender nuevas estrategias e integrarlas con aquellas que ya conoce.

Si se sigue a Golan (1978), en este caso, la crisis y el estado de crisis empieza justo a resolverse, cuando la persona logra entender lo anterior y es en ese momento cuando acepta la ayuda y no continua con los comportamientos tradicionales, que bien podrían haberla conducido a estados patológicos (p.ej., TEPT, trastorno por estrés agudo, trastorno de adaptación, entre otros) y en general, a tener respuestas desadaptativas y disfuncionales en su vida.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta que las situaciones de desastre no son eventos cotidianos para una misma persona o grupo de personas, pero que en caso de ocurrencia pueden alterar significativamente el equilibrio o la homeostasis física, psicológica y social debido a las proporciones inusuales de tensión y estrés, las intervenciones cognitivo-conductuales para las crisis en casos de desastres deberían ser parte de la oferta de los servicios de atención en salud mental y, aun más idealmente, deberían estar incluidos en los sistemas de salud pública de los diversos países. Estas intervenciones, como las ya mostradas y probadas en otro tipo de crisis (Beck, 2000; Dattilio y Freeman, 2000) podrían ser una opción altamente valorada, en términos de coste-eficacia, y por el modo de proceder, probablemente representen un modelo factible para ser integrado con otros en los que aparezca la intervención de distintos profesionales y organismos involucrados en la atención de desastres.

Adicionalmente, si los clínicos que realizan estas intervenciones logran documentar el trabajo realizado y su eficacia, podrían a mediano y largo plazo, ser asumidas como modelos de programas y aportarían de manera significativa a la reducción del daño (p.ej., problemas psicológicos o trastornos como la depresión, las fobias, el TEPT, el trastorno agudo de estrés, consumo de drogas; alteraciones en los sistemas sociales de interacción, etc.) y del coste (p.ej., menos hospitalizaciones, menos tratamientos farmacológicos, menos pérdida de la capacidad productiva por ausencias laborales o en el estudio), con lo cual se tendrían beneficios en cuanto a la salud mental de las poblaciones y en los aspectos económicos individuales y de las naciones.

Finalmente, como parte de la responsabilidad ética de la profesión, se hace hincapié en cómo las intervenciones cognitivo-conductuales para las crisis deben fundamentarse en investigaciones basadas en las pruebas de su eficacia, pues tal como afirman Kaul y Welzant (2005) citados por Roberts y Every (2006) no bastan las buenas intenciones y el fuerte deseo de ayudar; se requiere de una gran experiencia clínica para manejar las crisis (en corto tiempo), así como de un buen apoyo empírico, con el fin de evitar que las intervenciones ocasionen daños mayores a los ya causados por el evento. Esto requerirá sin duda, que los psicólogos desarrollen competencias investigativas dentro de su práctica clínica y que sean capaces de planificar sus intervenciones utilizando diseños metodológicos rigurosos (quizás, como estudios cuasi-experimentales) con el fin de demostrar el coste-efectividad de sus procedimientos.

## Referencias

- Bandura, A. (1988). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Madrid: Martínez Roca.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (2000). Foreword. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2ª ed.) (pp. xv-xvi). Nueva York: Guilford.
- Caballo, V. E., Aguilar, G. y Marinho, M. L. (1996). Percepción de acontecimientos vitales estresantes: diferencias transculturales. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 7-22.
- Caballo, V. E. y Cardeña, E. (1997). Sex differences in the perception of stressful life events in a spanish sample: some implications for the Axis IV of the DSM-IV. *Personality and Individual Differences*, 23, 353-359.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2000). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En L. A. Oblitas y E. Becoña (dirs.), *Psicología de la salud* (pp. 111-157). México, DF: Plaza y Valdés.
- Caballo, V. E., Valenzuela, J., Anguiano, S., Irurtia, M. J., Salazar, I. C. y López, C. (2006). La evaluación del estrés y los trastornos de adaptación. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: problemas de la vida adulta e informes psicológicos* (pp.321-337). Madrid: Pirámide.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. Nueva York: Grune and Stratton.

- Carrobles, J. A. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2 (pp. 407-450). Madrid: Siglo XXI.
- Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo conductuales* (2ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cruzado, J. A., Labrador, F. J. y Muñoz, M. (1997). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (dirs.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Madrid: Pirámide.
- Dattilio, F. M. y Freeman, A. (2000). *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Dattilio, F. M. y Kendall, P. C. (2000). Panic disorder. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2ª ed.) (pp. 59-83). Nueva York: Guilford.
- Devilly, G. J., Gist, R. y Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: in the work place and after disasters. *Review of General Psychology*, 10, 318-345
- Devilly, G. J. y Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavior Trauma Treatment Protocol in the amelioration of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- D'Zurilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An Internacional Quarterly*, 4, 327-354.
- D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos. Competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A. y Kant, G. L. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personal and Individual Differences*, 25, 241-252.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Ellis, A. E. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Everly, G. S., Phillips, S. B., Kane, D. y Feldman, D. (2006). Introduction and overview of group psychological first aid. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 130-136.
- Freeman, A. y Dattilio, F. M. (2000). Introduction. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2ª ed.) (pp. 1-23). Nueva York: Guilford.
- Freeman, A. y Dattilio, F. M. (2007). El tratamiento de las experiencias de crisis: una perspectiva cognitivo conductual. *Psicología Conductual*, 15, 407-425.
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. Nueva York: Free Press.
- Greenstone, J. L. y Leviton, S. C. (1993). *Elements of crisis intervention*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Holmes T. H. y David E. M. (1989). *Life change, life events and illness*. Nueva York: Praeger.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hope, A., Deblinger, E. y Fischer, C. D. (2000). Child sexual abuse. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2ª ed.) (pp. 166-195). Nueva York: Guilford.
- Ivey, A. e Ivey, M. B. (1999). *Intentional interviewing and counseling*. Nueva York: Brooks/Cole.



- Kaul, R. E. y Welzant, V. (2005). Disaster mental health: a discussion of best practices as applied after the Pentagon attack. En A. R. Roberts (dir.), *Crisis intervention handbook: assessment, treatment and research* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 200-220). Nueva York: Oxford University.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Lewis, S. J. y Roberts, A. R. (2001). Crisis assessment tools: the good, the bad, the available. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 17-28.
- Marinho, M. L., Caballo, V. E. y Silveira, J. M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11, 135-161.
- Matthieu, M. e Ivanoff, A. (2006). Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: assessments of coping strategies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 337-348.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrated approach*. Nueva York: Plenum.
- Miller, J. (2006). Waves amidst war: intercultural challenges while training volunteers to respond to the psychosocial needs of Sri Lankan tsunami survivors. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6,349-365.
- Muran, E. y DiGiuseppe, R. (2000). Rape trauma. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2<sup>a</sup> ed.) (pp. 150-165). Nueva York: Guilford.
- Myer, R. y Moore, H. (2006). Crisis in context theory: an ecological model. *Journal of Counseling & Development*, 84, 139-147.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Nezu, A. M. y Ronan, G. E. (1985). Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: an integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 693-697.
- Ramsay, J. R. y Newman, C. F. (2000). Substance abuse. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2<sup>a</sup> ed.) (pp. 126-149). Nueva York: Guilford.
- Reinecke, M. A. (2000). Suicide and Depression. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* (2<sup>a</sup> ed.) (pp. 84-125). Nueva York: Guilford.
- Roberts, A. R. y Everly, G. S. Jr. (2006). A Meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10-21.
- Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Salazar, I. C. y Ventura M. (2007). Evaluación y tratamiento psicológico de la diabetes mellitus. En M. Arrivillaga, D. Correa e I. C. Salazar (dirs.), *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 53-83). Bogotá: El Manual Moderno.
- Slaikeu, K. A. (1984). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México, DF: El Manual Moderno.
- Stone, D. y Conley, J. (2006). A Partnership between Roberts' crisis intervention model and the multicultural competencies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 367-375.
- Ventura, M. (2006). La desensibilización y reprocesamiento con movimiento ocular [EMDR] en el tratamiento del trauma emocional. *Psicología Conductual*, 14, 387-400.
- Westefeld, J. S. y Heckman-Stone, C. (2003). The Integrated problem-solving model of crisis intervention: overview and application. *The Counseling Psychologist*, 31, 2, 221-239.



**Anexo 1.**

“Escala de acontecimientos productores de estrés” (EAPE; Caballo, 1994).

Código: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, rodea con un círculo un número (del 1 al 10) dependiendo del grado de *estrés*, *ansiedad* o *perturbación* que te produciría cada una de las siguientes situaciones en el caso de que te sucedieran. Por favor, no dejes ninguna pregunta sin responder.

	Grado de estrés									
	MUY POCO			MEDIO				MUCHÍSIMO		
Alcanzar un objetivo muy deseado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aparecer en un medio de comunicación: prensa, radio, TV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aumento en el número de discusiones con la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cambio de residencia a un nuevo lugar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cambio de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Casarse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Divorciarse de la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Embarazo no deseado (propio o de la pareja)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empezar un nuevo trabajo o un nuevo curso académico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incendio o catástrofe en el hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jubilación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La pareja es infiel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lesión o enfermedad personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lugar de residencia poco seguro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malos tratos de la pareja/los padres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Matar a alguien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muerte del cónyuge	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muerte de un miembro de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muerte de un/a amigo/a íntimo/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nacimiento de un hijo/a o hermano/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peleas con algún miembro de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas con el jefe/profesor o compañeros de trabajo/clase	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas con la familia de la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas con los vecinos o el dueño del piso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas de salud de algún miembro de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas laborales/académicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Problemas sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quedar incapacitado/a físicamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconciliación con la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Separación de la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser denunciado y juzgado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser despedido del trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser detenido/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser encarcelado/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser expulsado/a de casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser objeto de violación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser víctima de otros abusos sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser víctima de un chantaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser víctima de un robo no violento (coche, casa, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser víctima de una agresión física	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ser víctima de una estafa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Situación de gran pobreza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Situación de guerra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Situación de desempleo prolongada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soledad prolongada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Someterse a una operación quirúrgica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufrir marginación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufrir un accidente de tráfico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufrir un atraco a mano armada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufrir un desastre natural: terremoto, inundación, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajar en algo que no gusta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Un/a hijo/a o uno de los padres se marcha de casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10