

EL TRATAMIENTO DE LAS EXPERIENCIAS DE CRISIS: UNA PERSPECTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL

Arthur Freeman¹ y Frank M. Dattilio²

¹*Philadelphia College of Osteopathic Medicine;* ²*University of Pennsylvania
School of Medicine (USA)*

Resumen

La terapia cognitivo conductual es atractiva como modelo de intervención en crisis por una serie de razones. Una de las más significativas es, «porque la mayoría de los conceptos de la terapia cognitiva y conductual es consistente con las ideas compartidas habitualmente sobre la naturaleza humana; el terapeuta neófito puede asimilarlas fácilmente» (Beck, 1976, p. 318). Las teorías de la terapia cognitivo-conductual se describen fácilmente y, algo más importante, el vínculo entre la teoría y la práctica está claro. Debido a la facilidad de aprendizaje, las técnicas de terapia cognitiva y conductual hacen también que el trabajo con la intervención en crisis sea mucho más satisfactorio para el terapeuta. Al utilizar tanto los elementos cognitivos como los conductuales, el terapeuta cognitivo conductual está bien preparado para vérselas con el amplio rango de crisis.

PALABRAS CLAVE: *intervención en crisis, terapia cognitivo-conductual, experiencias de crisis.*

Abstract

Cognitive behavioral therapy is attractive as a crisis intervention model for a number of reasons. One of the most compelling is, «because most of the concepts of cognitive and behavior therapy are consistent with commonly shared notions of human nature, the neophyte therapist can readily assimilate them» (Beck, 1976, p. 318). The theories of cognitive-behavioral therapy are easily delineated, and, most important, the link between theory and practice is clear. By virtue of its ease of learning, cognitive and behavior therapy techniques also make crisis intervention work much more satisfying for the therapist. Using both the cognitive and behavioral elements, the CBT therapist is well prepared for dealing with the broad range of crises.

KEY WORDS: *crisis intervention, crisis experiences, cognitive-behavioral therapy.*

Introducción

Lo que para un individuo es una crisis para otro puede ser una molestia. O bien lo que constituye una crisis para un sujeto en un momento determinado puede ser fácilmente ignorado o afrontado por el mismo individuo en otro momento diferente. A los clínicos, en prácticamente todos los lugares de intervención, les es familiar la estimulante experiencia de adrenalina de un paciente en mitad de una crisis, ya sea una crisis física, fisiológica, emocional, ambiental o psicológica. En algunos casos, después de la evaluación inicial, el clínico llega a la conclusión de que la crisis es «real», es decir, que hay una base robusta real en la que se fundamenta. En otros casos, el clínico trabaja para redirigir al paciente hacia una explicación alternativa diferente a la del momento amenazador para la vida. De hecho, en algunos casos, el clínico puede tener que redirigir al paciente hacia la realidad o inminencia de una crisis y subrayar el entrante potencial negativo.

Slaikeu (1990) ofrece una definición que sintetiza las definiciones de crisis como «un estado temporal de malestar y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad de un individuo para afrontar una situación específica empleando los métodos habituales de solución de problemas y por el potencial de un resultado extremadamente positivo o negativo» (p. 15). Esta definición se centra en varias áreas específicas. La primera parte de la definición aborda la naturaleza «temporal» de las situaciones de crisis. Para la mayoría de los individuos, las crisis son inmediatas, aunque transitorias y temporales (p.ej., una lesión física). Sin embargo, para otros sujetos incluso la naturaleza temporal de la crisis puede producir años de malestar (p.ej., el individuo que padece ataques de pánico). Las crisis vitales de un individuo pueden producir inicialmente un estrés agudo, pero más tarde se convierte en un estrés a largo plazo y crónico y, de hecho, pueden volverse un estilo de vida (p.ej., el individuo con estrés postraumático). Otros individuos tienen una predisposición a percibir determinados estímulos como peligrosos y, por consiguiente, potencialmente dañinos (p.ej., los sujetos con fobias). Pueden percibir muchas circunstancias como desencadenantes de crisis. Para estos individuos, no hay una crisis sino una serie de «hostilidades» que continúan desafiando la capacidad de afrontamiento del sujeto y al «sistema» de ese individuo a lo largo de la vida.

La segunda parte de la definición de Slaikeu aborda la respuesta de malestar del sujeto. El término malestar puede ampliarse para incluir las respuestas más frecuentes a la crisis, las de ansiedad y depresión. En reacciones más graves puede darse también desorganización. Esta desorganización puede incluir confusión y disminuir la capacidad para solucionar problemas. En su forma más grave, podría incluir psicosis reactivas breves. La desorganización puede ser cognitiva (p.ej., confusión mental), conductual (p.ej., comportándose de maneras extrañas o poco habituales) o emocional (p.ej., siendo lábil emocionalmente). La incapacidad de la persona para el afrontamiento, el núcleo de la parte siguiente de la definición, gira más específicamente sobre el tema de la capacidad de solución de problemas. Si se perturba el equilibrio de un individuo y da como resultado alguna forma de ansiedad, disminuye la flexibilidad cognitiva del sujeto, se deteriora la solución de problemas y se pueden utilizar entonces la evitación o la negación como estrategias de afron-

tamiento. Al utilizar las técnicas habituales o tradicionales para el afrontamiento personal, muchos individuos se ven sobrepasados. Sus métodos ordinarios para solucionar problemas no son los adecuados para los requeridos por la tarea actual (Roberts, 2000).

La parte final de la definición implica el potencial de consecuencias extremas. La pérdida de la salud, de la propiedad o de seres queridos o incluso la muerte se encuentran claramente en la definición de consecuencias extremas que podrían llevar a resultados radicalmente positivos o negativos. Los resultados negativos incluirían una disminución de la autoestima, una pérdida de la estima de los demás o, en contextos culturales, humillación o ridículo. Slaikeu (1990) sugiere la posibilidad de que la situación de crisis podría conducir también a resultados positivos poderosos, incluyendo la oportunidad de nuevas experiencias, empezar de nuevo, aprender nuevas habilidades, conductas o incluso un mayor conocimiento de sí mismo, incluyendo el saber apreciar nuestra vulnerabilidad humana ante los peligros de la vida.

Normalmente, cuando las personas se encuentran en una situación de crisis y los recursos que poseen en ese momento no son los adecuados para la tarea, pueden recurrir a reservas poco usadas de fortaleza personal y de espíritu para superarlas. Pueden también recurrir a habilidades poco utilizadas o escasamente practicadas para afrontar la situación. O bien, si tienen la ventaja añadida de una red social o familiar en la que puedan apoyarse, pedir ayuda o ánimo, entonces pueden utilizar esta red como un recurso adicional. Además, pueden buscar o crear sistemas temporales de apoyo que les ayuden en el periodo de crisis. Si se tiene un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento y las técnicas para llevar a cabo las estrategias, un sistema familiar de apoyo, buenos amigos o un terapeuta a quien acudir, las crisis vitales potenciales se superan más fácilmente.

Nuestro objetivo en este artículo consiste en proporcionar el modelo cognitivo conductual como una base teórica y conceptual así como un formato para proporcionar servicios de intervención en crisis. Slaikeu (1990) afirma, «la terapia a corto plazo, con tiempo limitado, es el tratamiento a elegir en situaciones de crisis» (p. 98). Varios atributos específicos de la terapia cognitivo conductual la convierten en una terapia ideal para la tarea de la intervención en crisis, tal como la define y describe Slaikeu. Entre los atributos específicos se incluye la *actividad* del modelo. Esta parte del modelo invita al paciente a ser una parte activa de la terapia, ayudándole a restaurar una sensación de control sobre su vida.

Un segundo atributo es la *directividad* del modelo, un aspecto importante porque alienta a que el terapeuta sea activo y directo a la hora de dirigir la terapia en situaciones de crisis o emergencia. El trabajo del terapeuta cognitivo conductual consistirá en compartir información e hipótesis; utilizar la búsqueda dirigida; animar al paciente; servir como una persona a la que recurrir; ser un asesor de casos y, en ciertas ocasiones, servir como abogado para el paciente en crisis.

En tercer lugar, la *estructura de la terapia* exige el establecimiento de una lista de problemas específicos que ayude tanto al paciente como al terapeuta a aclarar hacia donde se dirige la terapia y a evaluar cómo está progresando la terapia. Esta estructura es esencial para el paciente en crisis y concuerda con la mayoría de los modelos de la intervención en crisis (Greenstone y Leviton, 1993).

El contenido y la dirección de la terapia se establecen en las primeras etapas de la relación de colaboración. Una vez que se ha establecido y se está de acuerdo en la lista de problemas y en el objetivo de la terapia, el terapeuta y el paciente estructuran las sesiones individuales por medio de la planificación del diario de sesiones y de las tareas para casa. En el trabajo con crisis puede que la colaboración no sea de 50/50. De hecho, puede que el terapeuta proporcione el 80% de la colaboración, dependiendo del grado en que el paciente se encuentre paralizado por la crisis real o percibida.

El establecimiento del diario de sesiones se emplea para proporcionar el mayor éxito posible en el menor tiempo disponible de la terapia. El trabajo con crisis no ofrece al terapeuta la libertad de divagar, sino que requiere un elevado grado de estructura. El terapeuta implicado en el trabajo de crisis tiene que centrar el trabajo de la terapia y hacer un mejor uso del tiempo, de la energía y de las habilidades disponibles. El establecer al principio una lista de problemas de forma clara y bien delineada ayuda a centrar la terapia. Esto requiere que el terapeuta sea habilidoso a la hora de establecer prioridades y el ritmo de las sesiones, teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Esta es una habilidad que se refina por medio de la práctica y de la experiencia. Sin embargo, incluso terapeutas experimentados pueden sentirse tensos y ansiosos y manifestar una pérdida de eficacia cuando están intentando aprender por primera vez cómo marcar el ritmo de una sesión que se ha elaborado alrededor de una agenda de colaboración. Esta es simplemente una parte natural de la adaptación a las necesidades del paciente y de establecer un equilibrio en el tratamiento.

La *naturaleza a corto plazo de la terapia* es un cuarto requisito para la intervención en crisis. Los protocolos de intervención para comprobar la eficacia de la terapia cognitiva incluyen generalmente de 12 a 20 sesiones a lo largo de un periodo inferior a 20 semanas, mientras que el tratamiento de una situación de crisis puede que necesite ser más rápido, pero no limitado necesariamente a 20 semanas. Para algunos pacientes la duración de la terapia puede ser de 6 sesiones; para otros pacientes, de 50 sesiones. La duración de la terapia y la frecuencia y duración de las sesiones son negociables. Existe cierta controversia en la literatura profesional sobre los pros y los contras de las técnicas de la intervención inicial (Brom y Kleber, 1989; Foa *et al*, 1995; Mitchell y Everly, 1995; Schützwohl, 2000). Este aspecto es algo que los terapeutas necesitan considerar seriamente a la hora de contemplar la eficacia de cualquier intervención.

Un quinto requisito es que el modelo de la terapia cognitivo conductual (TCC) es *dinámico* y, por consiguiente, aborda los pensamientos y los sentimientos que representan mejor el estilo del paciente. El enfoque cognitivo dinámico de la terapia fomenta la rápida autorrevelación de las cogniciones del individuo con el fin de aumentar la comprensión por medio de la mejora del conocimiento y el entendimiento de los pensamientos, creencias y actitudes. Los esquemas iniciales se desarrollan y se modifican dentro del grupo familiar.

Sexto, la terapia cognitiva constituye un modelo *psicoeducativo* de tratamiento. Es un modelo de construcción de habilidades o de afrontamiento en cuanto opuesto a un modelo de curación. De forma ideal, los pacientes de la TCC aprenden habi-

lidades para afrontar de manera más eficaz sus propios pensamientos y conductas que pueden ser disfuncionales. En vez de curación, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a adquirir una serie de habilidades de afrontamiento para las exigencias presentes y futuras de la vida.

Séptimo, el modelo de TCC se centra en el *aquí y ahora*. Enfatiza lo que el paciente piensa, siente y hace en ese momento temporal. El tema central del terapeuta cognitivo conductual no es por qué el sujeto está respondiendo de la forma que lo hace a un estímulo o conjunto de estímulos determinados, sino, por el contrario, qué es lo que mantiene al individuo respondiendo a lo largo de los años de la misma manera orientada hacia la crisis.

Octavo, el terapeuta de la TCC tiene que estar *culturalmente informado*, de modo que entienda el contexto cultural del paciente al experimentar la crisis. Algunos de los pensamientos y acciones del paciente pueden basarse en sus experiencias religiosas, étnicas o culturales.

Nueve, la TCC *se centra en el problema y se orienta hacia la solución*. Al emplear un enfoque directivo, el terapeuta es capaz de individualizar un protocolo de intervención en crisis para un sujeto específico.

Finalmente, el modelo de terapia cognitiva es un modelo *social/interpersonal*. No existimos en un vacío social. Las relaciones del individuo con las personas importantes de su entorno, con los amigos y los compañeros de trabajo se basan en esquemas y constituyen un objetivo esencial de la terapia. Si el individuo se encuentra aislado, puede haber importantes lagunas en su red de recursos. Obviamente, si la persona no posee recursos externos y tiene pocos recursos internos en los que apoyarse, se producirá una crisis. En algunos casos, los individuos tienen lo que parece ser objetivamente una gran riqueza de apoyos, pero el sujeto no acepta este apoyo o lo percibe como insuficiente o no disponible.

Los objetivos inmediatos de las estrategias cognitivo conductuales en la intervención en crisis son triples: 1) la evaluación de la urgencia de la situación de crisis, 2) una evaluación del repertorio de afrontamiento del individuo para vérselas con la crisis, y 3) la generación de opciones de pensamientos, percepciones y conductas. Algunos individuos tienen un déficit de habilidades en la solución de problemas. Esto requiere la enseñanza directa de mejores habilidades de solución de problemas. Otros individuos tienen a su disposición técnicas y estrategias de solución de problemas, pero consideran que su capacidad es mucho menor de la que es realmente. Se necesita un enfoque más conductual en la primera situación, mientras que la última situación requiere un enfoque más cognitivo.

Utilizando la definición de Slaikeu (1990) descrita anteriormente, existen varios puntos de intervención posibles. El punto inicial de intervención es el reconocimiento de que la situación que provoca el malestar y la desorganización es *transitoria*. Esto implica que al ver la situación con una perspectiva a largo plazo es posible «posponerla». Por ejemplo, el paciente con pánico tiene dificultades para ver a largo plazo, porque la urgencia de los síntomas fisiológicos y la interpretación errónea del peligro hace que su atención se concentre en el «aquí y ahora». La idea de posponer la respuesta corporal y no responder corriendo a buscar ayuda es considerada por el paciente con pánico como imposible. El trabajar con el paciente para

desarrollar una perspectiva a largo plazo puede ayudar a disminuir la percepción de la crisis. La percepción del peligro inmediato y la necesidad de evitarlo hace que los pacientes con pánico actúen de forma autodestructiva en el comprensible objetivo de salvar su vida.

Un segundo punto de la intervención incluye el *malestar*. Si la situación no fuese tan molesta, no habría crisis. El malestar lo causa una percepción que puede cuestionarse o ponerse en duda. Por ejemplo, un hombre de negocios dijo estar en crisis después de un revés económico y la posible pérdida de su negocio. Contaba que cada vez que pensaba en la pérdida de su negocio generalizaba el pensamiento a la pérdida de todo. Se imaginaba perdiendo su casa, su coche, su mujer, sus hijos, el respeto hacia sí mismo y el respeto de los demás. Se veía viviendo en la calle, entre cuatro paredes de cartón. Su malestar provenía no sólo de la realidad de los problemas con su negocio, sino principalmente de su estilo de pensamiento catastrofista.

El tercer punto de intervención se refiere a la *desorganización*. Si los pensamientos, las acciones y las emociones de un individuo están confusos y desorganizados, una clara estrategia terapéutica será ofrecer cierta estructura y un formato para la solución de problemas. El terapeuta tiene que reconocer que esa confusión y desorganización son temas habituales de todos los problemas psicológicos. Son muy frecuentes las quejas de los pacientes de que «necesitan organizar su vida/cabeza/matrimonio». En el caso de los pacientes que se perciben en crisis, este agrupamiento de las partes o las piezas puede ser más urgente. El modelo de la terapia cognitiva es especialmente útil con el paciente desorganizado.

Cada uno de nosotros utiliza un repertorio bastante limitado de técnicas para afrontar la vida. Nuestra vida cotidiana es bastante familiar y cómoda. Podemos esperar determinadas consecuencias cuando actuamos de formas concretas. Por ejemplo, si un individuo sale de casa a las 6:30 de la mañana es probable que haya muy poco tráfico. Si, por el contrario, sale a las 8:00 de la mañana, puede que se encuentre con el tráfico mucho más denso. Sabe, entonces, que tiene que salir temprano para evitar la «crisis» de la hora punta. Si vive en una área montañosa donde nieva, puede que considere que el conducir parte del camino por una carretera nevada sea parte del riesgo o del precio que tiene que pagar por la belleza y la soledad de vivir en esa área. En su forma ideal, esta persona puede haberlo afrontado teniendo un vehículo con tracción a las cuatro ruedas, neumáticos de nieve, arena en el portaequipajes, una pala, ropa de frío, una manta y bengalas. Si hay nieve en una área que no está preparada para ella, incluso una capa de nieve constituye una crisis de importantes proporciones.

Un último punto de intervención es ayudar al individuo a *disminuir el potencial de un resultado extremo*. Si el resultado es desagradable en vez de catastrófico, el potencial de la crisis se habrá reducido de forma importante.

Evaluación

Al igual que en cualquier otra circunstancia, la evaluación es crucial durante las situaciones de crisis, especialmente porque la situación específica puede ser crítica

y requerir una respuesta casi inmediata. Lo que hace que la evaluación sea difícil es que se debe llevar a cabo casi tres veces más rápido que durante el curso normal de tratamiento y, en algunos casos, bajo circunstancias difíciles. Cuando una situación de crisis presenta pocas oportunidades (o ninguna) de aplicar cuestionarios de evaluación formal, se recomienda un paradigma de entrevista estructurada rápida. Greenstone y Leviton (1993) recomendaron adherirse a los pasos siguientes:

1. *Urgencia.* La intervención empieza normalmente en el momento en que el entrevistador se encuentra con el individuo en crisis. El entrevistador intenta inmediatamente evaluar la situación, disminuir la ansiedad, evitar una mayor desorientación, y asegurarse que las personas que están sufriendo no se lesionen a sí mismas o lesionen a los demás.
2. *Toma de control.* Aquí es importante que el entrevistador tenga claro qué y a quién está intentando controlar. El propósito de asumir el control no es vencer o abrumar a la víctima, sino ayudarla a reorganizar el caos que existe en el mundo de la persona que sufre en el momento de la crisis. El profesional que lleva a cabo la intervención en crisis proporciona la estructura necesaria hasta que la(s) víctima(s) es o son capaces de retomar el control. Por consiguiente, es importante introducirse en la situación de crisis con cuidado. Abordar la situación de crisis lenta y cuidadosamente puede evitar un sufrimiento innecesario y dar tiempo al profesional para que integre mentalmente lo que ha encontrado. Para la entrevista profesional es importante intentar permanecer estable, servir de apoyo y ser capaz de establecer un ambiente estructurado. Esto puede implicar la presencia en persona, incluyendo un estricto control, esforzarse por producir un efecto de tranquilidad en la situación de crisis y ejerciendo algún tipo de control emocional sobre la víctima. La investigación señala habitualmente que las víctimas responden a la estructura y a aquellos que la representan si sienten autenticidad y sinceridad en el profesional que realiza la entrevista.
3. *Evaluación.* La entrevista implica normalmente realizar una evaluación rápida sobre la marcha. Esto significa intentar comprender cómo y por qué el individuo entró en una situación de crisis en ese momento determinado y qué problemas específicos de los que están presentes son de intervención inmediata. La evaluación incluye también la identificación de las variables que puedan obstaculizar el proceso del manejo del problema. El último paso consiste en cómo el entrevistador puede proporcionar la ayuda más eficaz en el menor tiempo posible. Por consiguiente, las historias extensas se sustituyen por la atención hacia la evaluación de la crisis presente y de los acontecimientos que han ocurrido en las horas que rodeaban a la crisis –más específicamente, localizando los acontecimientos desencadenantes.

Si el tiempo lo permite, hay una serie de inventarios que se han elaborado para utilizarse en las situaciones de crisis. Aunque debería mencionarse que, desafortunadamente, hay una sorprendente falta de instrumentos normalizados con sólidas propiedades psicométricas que estén disponibles para los profesionales de la salud mental implicados en el trabajo con crisis. Un inventario es la versión modificada de la «Entrevista clínica estructurada para el

DSM-IV» (*Structured Clinical Interview Schedule for DSM-IV*) que se conoce como la versión Upjohn (SCID-UP-R). Esta es una versión abreviada de la «Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV» que permite al entrevistador proporcionar un método más rápido de evaluación en las situaciones de crisis (Spitzer y Williams, 1986). Además, existen otras escalas como la «Escala de mortalidad de la academia estadounidense para los que intervienen en crisis» (*American Academy of Crisis Intervenors Lethality Scale*; Greenstone y Leviton, 1993). Esta escala permite a un individuo evaluar rápidamente los criterios en una situación de crisis sumando las puntuaciones y comparando el total con los criterios.

4. *Decidir como manejar la situación después de la evaluación.* Esto implica en esencia utilizar el material que se obtuvo durante la etapa de evaluación y decidir el camino de la intervención. Puede incluir también el explorar posibles opciones disponibles para el individuo en crisis y o bien manejar la situación en ese momento o remitirlo a otro lugar, según se necesite.

«Tipos» de pacientes con crisis

El terapeuta que trata con los pacientes en crisis se encuentra bajo una presión especial. El quemarse ocurre con bastante frecuencia. Esto puede ser una función de las presiones internas y externas sobre el terapeuta. A menudo no hay lugar para que el terapeuta exprese sus propias frustraciones y malestar. Esto puede crear una percepción de crisis para el terapeuta. La idea del «terapeuta que se cura a sí mismo» es más fácil de decir que de hacer. Los que trabajan en crisis pueden necesitar supervisión por los iguales o de algún equipo debido a la presión de trabajar con pacientes en crisis. El quemarse del cuidador o lo que se ha denominado «fatiga de la compasión» constituye un fenómeno habitual en los que trabajan con crisis. Esto implica que el terapeuta se convierta en otra víctima del comportamiento de crisis puesto que ha comprometido sus recursos personales hasta un punto en que se ha vuelto muy vulnerable.

El trabajo de la intervención en crisis a menudo representa el único vínculo que los individuos en crisis creen que tienen. Incluso cuando no hay un resultado de vida o muerte, a menudo la percepción del paciente es que de alguna forma vaga su misma existencia está siendo amenazada. Cuando el individuo está experimentando un máximo en su malestar emocional, el ambiente terapéutico puede verse como el único vínculo, aunque tenue, con la supervivencia. Para el paciente que está acostumbrado a la idea de recibir ayuda, la decisión de buscar ayuda profesional es menos asustadiza. Demasiado a menudo, los pacientes no buscan ayuda hasta que los problemas han alcanzado proporciones de crisis. De hecho, para los pacientes más dependientes, la búsqueda de ayuda puede sobredesarrollarse como una estrategia de afrontamiento (Beck, Freeman y Associates, 1990). Esos pacientes ven cada problema como una crisis potencial; por consiguiente, con frecuencia buscan ayuda y necesitan apoyo. A la inversa, los pacientes más autónomos pueden evitar la búsqueda de ayuda, temiendo el ridículo o la crítica proveniente del terapeuta.

Teniendo en cuenta la necesidad de una rápida conceptualización e intervención, podemos dividir los pacientes con crisis en las siguientes categorías generales.

1. *El estilo adolescente.* Este tipo de paciente puede ser o no adolescente con respecto a su edad. Estos pacientes generalmente están experimentando algún cambio importante en su vida que tiene que ver con la autoestima o la propia imagen. Son muy reacios a mostrar cualquier señal que pudiera sugerir dependencia, vulnerabilidad, debilidad o falta de confianza en sí mismos. Por esta razón, cualquier petición de ayuda que realicen estos pacientes pueden percibirla como amenazante para su propia imagen. Los esquemas típicos de estos individuos giran alrededor de temas de pérdida, dependencia y temor. A menudo los envían otros miembros de su sistema familiar, los hospitales o la policía. A menudo han dejado que la situación de crisis aumente o evolucione hasta que ya no puedan ignorar la situación.
2. *El aislado.* Estos individuos están habitualmente tan perturbados que carecen de toda motivación para hacer contactos sociales. Sus crisis giran alrededor de las interacciones sociales o de la falta de implicación social. Los principales problemas con estos pacientes incluyen su frecuente falta de habilidades sociales, miedo al rechazo, pasividad y apatía. Sus esquemas a menudo indican que salvo que reciban una garantía absoluta de reconocimiento o de apoyo, rechazarán implicarse socialmente. Será difícil implicarse en un trabajo terapéutico ya que temen, o carecen de las habilidades para la implicación social.
3. *El individuo desesperado.* Para muchos terapeutas este tipo de paciente ejemplifica todo lo que representa la intervención en crisis. El paciente sufre algún choque psicológico repentino y tiene una necesidad desesperada de algún tipo de ayuda inmediata. Este choque puede provenir de un desastre ambiental o de una pérdida psicológica. Como consecuencia de este choque, es probable que el individuo haya perdido contacto con la realidad o este contacto es muy frágil. El terapeuta puede representar el vínculo último con la realidad. A menudo, el simple sonido de una voz suave, interesada es suficiente para empezar a traer al paciente de vuelta de su estado de desesperación. Por ejemplo, un terapeuta informó de una entrevista con una paciente que estaba en crisis. En algún momento de la sesión la paciente pidió un cigarrillo. La persona que compartía el centro clínico con el terapeuta fumaba y tenía un paquete de cigarrillos en el cajón de la mesa de su despacho. El terapeuta se levantó, cogió un cigarrillo y se lo ofreció a la paciente. Esto era interesante porque la paciente no había fumado en años. Cuando el terapeuta creyó que la paciente podía capear la crisis, terminó la sesión y programó otra cita para el día siguiente. Cuando la paciente llegó al día siguiente, estaba más tranquila y menos confusa. Cuando el terapeuta le preguntó sobre su reacción en la sesión del día anterior, ella respondió, «no recuerdo nada sobre lo que hablamos. Todo lo que recuerdo es que me dio un cigarrillo».

4. *La crisis de un único contacto.* Habitualmente esta persona es un individuo relativamente normal, emocionalmente estable. Aunque las crisis que experimentan este tipo de personas varían, hay razones específicas por las que necesitan terapia. Acudirán a terapia buscando ayuda para enfrentarse a la situación específica de crisis. Se perciben a sí mismos como personas que buscan a alguien que les ayude a través de alguna situación actual. Por esta razón, un acercamiento cognitivo breve es especialmente apropiado. Este individuo está simplemente buscando algún consejo inmediato o a alguien que funcione como portavoz para aconsejarle de planes alternativos de actuación, que el sujeto puede haber desarrollado ya.
5. *El paciente crónico.* Estos pacientes buscan terapia de vez en cuando en la larga historia de hostilidades. Terapia significa que ellos podrán llamar en cualquier momento y que cuando llamen encontrarán siempre a alguien que les escuchará y les ayudará en las crisis de ese día. Recordamos la idea de Confucio de que si le damos a una persona un pez, puede comer por un día, pero si le enseñamos a pescar, se puede alimentar ella sola. Para esta clase de pacientes, las extensas historias de contacto terapéutico les han enseñado que no necesitan aprender a afrontar los problemas. Pueden acudir a terapia y tener a un terapeuta que los afronte por ellos. La utilización de técnicas de TCC en la intervención en crisis ofrece ventajas tanto a los pacientes, en su capacidad de recibir ayuda, como a los terapeutas, en su capacidad de ofrecerla.
6. *El paciente psicótico.* Para el paciente psicótico, las crisis provienen de su sistema de creencias delirantes. Tanto en cuanto crean en la inminencia de peligro, destrucción, consecuencias físicas o la muerte, experimentarán una activación fisiológica que interpretarán como crisis.
7. *El paciente con elevada activación.* La excitabilidad y el estilo predisuesto a la crisis de individuos con trastornos de personalidad límite, histriónico, antisocial o narcisista son característicos de los pacientes del Grupo B (Millon, 1999). El terapeuta debe tener cuidado ya que el estilo de predisposición a la crisis puede utilizarse (de forma incorrecta) como un indicador diagnóstico importante para darle un diagnóstico. El satisfacer el número requerido de criterios del DSM-IV sigue siendo esencial para un diagnóstico en el Grupo B.
8. *El paciente ingenuo.* Estos pacientes son a menudo ingenuos sobre las consecuencias de sus acciones. Esto puede significar que hagan ejercicio cuando más calor hace, que no coman ni beban durante un largo periodo de tiempo o que no se vistan de forma apropiada a las exigencias del ambiente. Pueden combinar equivocadamente medicamentos que ellos creen que producen un efecto saludable sobre su enfermedad, pero lo que hacen es provocar lo contrario, es decir, una reacción adversa.
9. *El paciente que consume/abusa de sustancias psicoactivas.* El consumo o abuso de muchas drogas, bien solas o combinadas, puede tener como consecuencia una sobredosis o un daño físico que necesita de cuidados inmediatos y de una rehabilitación y un seguimiento a largo plazo.

10. *El paciente indefenso.* El paciente a menudo se siente indefenso para cambiar sus circunstancias o le falta motivación para solucionar los problemas y razonar una solución. Al trabajar en colaboración y activamente para identificar las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos y sugerir alternativas, el terapeuta puede proporcionar a los pacientes cierta esperanza para solucionar sus dificultades aparentemente insolubles.

Umbral, vulnerabilidad y resistencia

La capacidad para afrontar un estímulo estresante y que los mismos estímulos estresantes desencadenen una crisis depende del umbral del individuo para la respuesta. En distintas situaciones, el umbral del individuo será muy diferente. Un cirujano que trabaja en un lugar donde se presentan casos críticos es capaz de vérselas con emergencias médicas con competencia y habilidad. Una vez que traspasa la sala de operaciones, puede ser incapaz de afrontar las exigencias normales de la vida.

Si nos imaginamos la capacidad de afrontamiento sobre una escala de 0 a 100, podemos literalmente mapear el umbral normal de un individuo para el afrontamiento. Por ejemplo, si el estrés normal de la vida es de 60 y el umbral propio es de 75, hay un colchón de 15 para amortiguar el estrés extraordinario. Si debido a un estrés superior al normal, el estrés de la vida aumenta a 80, el sujeto se vería sobrepasado y en una situación difícil. Sin embargo, si los estímulos estresantes de la vida permanecen igual, pero el umbral de una persona disminuye, entonces el sujeto se verá también sobrepasado.

Los factores que disminuyen el umbral se denominan *factores de vulnerabilidad*. Son circunstancias, situaciones o déficit que tienen el efecto de reducir la capacidad del paciente para afrontar eficazmente los estímulos estresantes de la vida o para ver las opciones que hay disponibles. La lista siguiente incluye ejemplos de esos factores:

1. *Enfermedad aguda.* Esto puede abarcar desde una enfermedad grave y debilitadora hasta una enfermedad más transitoria, como los dolores de cabeza, las infecciones por virus, el síndrome del intestino irritable, etc.
2. *Enfermedad crónica.* Cuando los problemas de salud son crónicos, puede darse una exacerbación de los pensamientos de suicidio.
3. *Deterioro de la salud.* Puede darse una pérdida de la actividad debido al envejecimiento.
4. *Hambre.* Durante ocasiones de privación de comida, el individuo es a menudo más vulnerable ante una variedad de estímulos. Se han aportado pruebas en estudios recientes que asocian un diagnóstico de depresión con sujetos con un trastorno alimentario. Los estudios han indicado que en momentos de hambre, los individuos no deberían ir a comprar comida al supermercado debido a la mayor probabilidad de comprar comida en exceso.

5. *Fatiga*. De manera similar, la fatiga disminuye tanto las estrategias de solución de problemas como el control de los impulsos y, por consiguiente, puede aumentar las sensaciones de desesperación.
6. *Soledad*. Cuando los individuos se ven aislados, el abandonar este mundo infeliz puede verse como una opción razonable. Pueden tomar la determinación de que no les echarán de menos si no estuvieran en este mundo.
7. *Ira*. Cuando los sujetos están encolerizados, pueden perder la capacidad para solucionar problemas. Pueden perder también el control de los impulsos o responder en exceso a estímulos que habitualmente son capaces de ignorar.
8. *Pérdidas importantes en la vida*. Después de la pérdida de una persona importante del entorno por causa de muerte, divorcio o separación, los individuos a menudo se ven a sí mismos con opciones más reducidas o no se preocupan por lo que les suceda. Pueden empezar a cuestionarse su destino y el camino futuro sin la otra persona.
9. *Escasas habilidades de solución de problemas*. Algunos individuos pueden tener una capacidad deteriorada para la solución de problemas. Puede que este déficit no sea obvio hasta que se coloque al individuo en situaciones de mucho estrés. La capacidad para vérselas con problemas menores puede que nunca ponga a prueba la capacidad del individuo para manejar asuntos más complicados o una crisis.
10. *Abuso de sustancias psicoactivas*. El abuso de muchas sustancias psicoactivas puede causar dos tipos de problemas: agudos, en donde el juicio del paciente está afectado durante los periodos de intoxicación, y más crónicos, en los que el juicio puede estar deteriorado de forma más general. Esos problemas pueden aumentar las posibilidades de suicidio.
11. *Dolor crónico*. El dolor crónico puede tener el efecto de hacer que el individuo vea el suicidio como un método para lograr el alivio del dolor. Pueden haber considerado cada fracaso del tratamiento como una causa o una razón añadida para suicidarse.
12. *Escaso control de impulsos*. Algunos pacientes tienen un escaso control de los impulsos debido a problemas orgánicos (hiperactividad) o funcionales. Pacientes con enfermedad bipolar, trastornos de personalidad límite, antisocial o histriónico pueden tener un déficit en el control de los impulsos.
13. *Nuevas circunstancias de la vida*. El cambio de trabajo, de estatus marital, de casa o de estatus familiar son acontecimientos estresantes que constituyen factores de vulnerabilidad. La evaluación de los factores de vulnerabilidad puede ayudar a explicar los comportamientos de crisis, reacciones intensas a las crisis, ideas suicidas o actuaciones que predicen la posibilidad de ataques de ideas suicidas o de otras estrategias inadecuadas de afrontamiento.

Estos factores pueden, por sí mismos o en combinación, aumentar los pensamientos o las acciones suicidas del paciente, bajar el umbral para los estímulos de ansiedad o aumentar la vulnerabilidad del paciente ante situaciones o pensamientos depresogénicos (Freeman y Simon, 1989). Los factores de vulnerabilidad pueden

tener un efecto sumatorio. Es decir, cuando operan al mismo tiempo varios factores de vulnerabilidad pueden continuar disminuyendo el umbral.

Sin embargo, hay individuos que parecen sobrevivir incluso a las circunstancias más terroríficas y salen relativamente indemnes. El término que aplicamos a estos sujetos es que muestran resistencia (*resilience*). Si esta resistencia es innata o adquirida es cuestionable. Definiremos la resistencia como la capacidad para adaptarse de un individuo, una familia o un sistema social, una comunidad o una sociedad que ha estado expuesto a peligros o a ataques violentos. Esto puede hacerse resistiendo o cambiando, con el fin de lograr y mantener un nivel aceptable de funcionamiento y estructura (afrentamiento). Esto está determinado por el grado en el que un sistema social es capaz de organizarse para aumentar su capacidad de aprender de errores, desastres, castigos o experiencias pasadas para una mejor protección futura y mejorar las medidas de reducción de riesgos.

El tratamiento cognitivo conductual

Obviamente, los modelos de psicoterapia breve han sido los tratamientos de elección en los lugares de crisis. El enfoque de la terapia cognitiva para la intervención en crisis tiene cinco etapas: la *primera etapa* es el desarrollo de una relación con el paciente y la construcción de un vínculo terapéutico de colaboración. Si el terapeuta espera ayudar al individuo en crisis, debe desarrollar cierta confianza básica en este sujeto. Esto también concuerda con la idea de colaboración del modelo cognitivo. El paciente tiene que sentirse lo suficientemente cómodo para permitir un flujo libre de información sobre la crisis en la que se encuentra implicado actualmente. La conducta del terapeuta es instrumental a la hora de desarrollar este vínculo. El terapeuta tiene que ser capaz de transmitir al paciente una actitud sin juicios de valor y un sentimiento de interés y preocupación por el problema del paciente. En una crisis más seria, los niveles de confianza suelen desarrollarse más fácilmente, ya que el paciente puede haber ya supuesto un cierto nivel de confianza en el encuentro con el terapeuta. Por consiguiente, en cierta medida el vínculo no será tan difícil de desarrollar. No obstante, en una crisis menos seria, el vínculo es un aspecto especialmente importante de la relación de asesoramiento porque puede ser más difícil de desarrollar.

La *segunda etapa* es la evaluación inicial de la gravedad de la situación de crisis. Dicha evaluación permite que el terapeuta tenga cierta idea del peligro físico inmediato para el paciente. Podría dar también cierta idea en cuanto al tipo de esquemas mantenidos por la persona con la que está tratando el terapeuta. Éste tiene que determinar el curso de acción que debe tomar. Finalmente, el terapeuta tiene que ayudar al paciente a identificar el problema específico que está experimentando. A menudo la confusión y desorganización de los pacientes les hacen incapaces de definir su problema. El terapeuta tiene que realizar todo el esfuerzo posible para ayudar a los individuos a centrarse en las áreas específicas que crean los problemas y no tanto tratar con las oscilaciones de la «depresión», la «ansiedad» o los «problemas de comunicación». Sin embargo, es importante no centrarse en un problema específico demasiado temprano porque existe la posibilidad de que

el terapeuta pueda pasar por alto otros problemas importantes. El desarrollo de una lista de problemas asegura un centro de atención más específico dentro de un contexto amplio.

Una vez que se haya establecido el problema, la *tercera etapa* implica ayudar al paciente a evaluar y movilizar sus cualidades y recursos. Esto puede hacerse bajo la forma de identificar amigos de la vecindad que puedan ayudar así como distintas virtudes y recursos internos que probablemente el sujeto en crisis pase por alto. Es muy útil tener un menú de recursos cognitivos y conductuales a mano y disponibles.

En la *cuarta etapa*, el terapeuta y el paciente tienen que trabajar conjuntamente para desarrollar un plan de acción positivo (colaboración y solución de problemas). Un aspecto esencial de esta colaboración incluye provocar el compromiso del paciente en el plan de acción. En este punto, es de especial aplicación la técnica de la solución de problemas. Si la naturaleza de la crisis es tal que la solución de problemas no es un mecanismo apropiado, la última etapa se convierte en algo necesario. Un recurso que puede aplicarse en este momento es la consideración del terapeuta como un abogado para el paciente. En estos casos, puede que el terapeuta necesite mostrarse más expresivo a la hora de ayudar al paciente a tomar una decisión.

La *quinta etapa* implica poner a prueba ideas y nuevas conductas. Puede evaluarse con qué grado de éxito funcionan las nuevas estrategias de afrontamiento y, de acuerdo con ello, se revisan las estrategias.

Los cinco pasos de la intervención general en crisis (no emergencias)

Seguidamente se describen cinco pasos de la intervención en crisis con la terapia cognitivo conductual que se incluyen en las intervenciones específicas de tratamiento.

- I. Desarrollo de la relación con el paciente y construcción de un vínculo terapéutico
 1. Programar la agenda para incluir el presentarte, lo que esperas que se logre por medio de esta evaluación y la posibilidad de poder incluir a los miembros de la familia si es necesario.
 2. Adoptar una actitud sin juicios de valor
 3. Utilizar la comunicación reenmarcando
 4. Utilizar metáforas para transmitir comprensión (p.ej., el agujero negro, engullido, el filtro telescópico)
 5. Reflejar el habla, la voz y la comunicación corporal del paciente
 6. Emplear voz firme (el paciente está buscando estructura y guía)
 7. Mantener un buen contacto ocular con el paciente
 8. No transmitir sorpresa, asco u otras reacciones negativas
 9. Ser consistente con estilo (especialmente si el paciente es maniaco)
 10. Poner límites (el paciente está buscando estructura)
 11. Conocer la historia y provocar información mientras se mantiene la conexión

- II. Realizar una evaluación inicial de la gravedad de la situación de crisis
 1. Evaluar el daño físico inmediato para el paciente o proveniente del paciente
 2. Ayudar al paciente a identificar el problema específico que está teniendo. esto se logra proporcionando un resumen estructurado y reenmarcado del/los conflicto(s). La confusión y desorganización hacen que a menudo el paciente sea incapaz de definir realmente su problema. El terapeuta ayuda al paciente a centrarse en las áreas específicas que crean problemas en vez de tratar con las oscilaciones de sus síntomas reales. Esto proporciona un enfoque directivo en la preparación del escenario para el plan de tratamiento. En la sesión inicial con un paciente en crisis no es probable que el terapeuta consiga un impacto importante sobre los síntomas reales de la depresión, la ansiedad o los problemas de comunicación (especialmente sobre el pánico y los síntomas vegetativos). Sin embargo, si el terapeuta intenta centrarse más en la identificación de los problemas, es más probable que el paciente obtenga algún alivio al tener sus conflictos claramente identificados. Sin embargo, el terapeuta tiene que estar seguro de no centrarse en un problema específico demasiado pronto ya que puede pasar por alto problemas mucho más complicados o peligrosos. Una lista de problemas específicos ayudará a este aspecto.
- III. Ayudar al paciente a evaluar y movilizar sus cualidades y recursos
 1. Identificar las redes de apoyo, los amigos, la familia, la iglesia, los programas de ayuda a los empleados, los grupos de ayuda a los empleados, las líneas de emergencia, etc.
 2. Si es posible y si el paciente está de acuerdo (si es una emergencia, no se necesita ese acuerdo), traer la red de apoyo a la evaluación inicial para activar o cuestionar las creencias sobre la valía y otras cuestiones. Si el paciente está viendo a un paciente en crisis por primera vez, lo más probable es que un miembro de la familia o un amigo haya venido junto con el paciente a la sesión.
 3. Ayudar a identificar las cualidades y los recursos internos propios del paciente que pueden pasarse por alto (activación de los esquemas). El paciente puede identificar fácilmente creencias (“no puedo hacer nada bien», soy un perdedor, nadie me quiere», «no hay esperanza», «mejor me muerdo que intentar algo nuevo», etc.) Estas creencias ofrecen datos e información relativa a las áreas que se han de cuestionar, discutir o modificar.
 4. Evocar desafíos previos que el paciente ha sido capaz de superar (manteniendo el empleo a pesar de su enfermedad debilitante, terminar un curso, cuidar a los niños, cuidar de la casa, etc.)
 5. Imaginarse en el papel de manejar el problema y preguntar, «¿cómo X es capaz de hacerlo?» Ser específico. Por ejemplo, «¿cómo lo manejaría tu mejor amigo?»
- IV. Trabajar juntos para desarrollar un plan de acción positivo
 1. Conseguir el compromiso del paciente con el plan de acción

2. Introducir apoyos que proporcionen respaldo y motivación para completar el plan.
 3. Ser el abogado del paciente: por ejemplo, al acceder a los servicios sociales o a las opciones de tratamiento o al proporcionar opciones alternativas de apoyo (refugios, etc.)
 4. Utilizar la imaginación (imaginarse la consecución de los objetivos, verse intentando y terminando las tareas paso a paso).
 5. Ser muy concreto y específico al identificar planes futuros y objetivos relacionados. Cuanto más específico sea mejor puede afirmar el paciente que realmente está logrando algo.
- V. Poner a pruebas ideas y nuevas conductas
1. Ver cómo está funcionando el plan
 2. Evaluar las estrategias
 3. Volver a definir los mecanismos si no son los adecuados
 4. Conseguir retroalimentación de los apoyos para ayudarle en una mejor definición de los objetivos. El conseguir retroalimentación de los apoyos ayuda al paciente a reunir pruebas de que está consiguiendo sus objetivos. Después de que la crisis ha pasado, continuar con el plan de tratamiento predeterminado.

Intervención en crisis en una emergencia

Si el terapeuta es advertido por el paciente o por un miembro de la familia por teléfono o, si está en sesión, y sospecha que el paciente se encuentra bajo una crisis, se pueden seguir los pasos de más abajo (esta sección incluye tanto el manejo de las crisis por teléfono como dentro de la sesión).

1. Averiguar siempre la dirección del paciente (p.ej., conseguir el número del piso en el caso de que se necesita llamar a los servicios de emergencia).
2. Verificar siempre el número de teléfono del paciente para el caso de que el terapeuta necesite llamarle.
3. Enviar al paciente al servicio de emergencias más cercano si ha tenido lugar un intento de suicidio o de autolesión.
4. No creer nunca las cantidades de medicamentos o la profundidad de los cortes que el paciente dice que ha utilizado en un intento de suicidio. Utilizar el juicio clínico si los miembros de la familia informan de intentos de suicidio serios (pueden tener motivos para no revelar la falta de seriedad del intento o la creencia de que pueden manejar al paciente o a la situación).
5. Conseguir del paciente la naturaleza exacta del intento (qué fármacos tomó [nombre y cantidad], qué utilizó para hacerse los cortes, dónde se hizo los cortes, etc.)
6. Escuchar atentamente y, si se está en la sesión, observar los comportamientos del paciente (articular mal, desorganización, vacilaciones, dificultades para respirar, habla rápida) que puedan indicar un gesto o intento de suicidio.

7. Si se sospecha que el paciente ha tenido un intento de suicidio, llamar al número de emergencias.
8. Advertir a los equipos de emergencia que respondan en el caso de que el paciente tenga acceso a armas de fuego o haya expresado ideas paranoides u homicidas.
9. Si se teme que el paciente pueda huir mientras se llama a los servicios de emergencia, intentar mantener al paciente al teléfono o en la habitación hasta que lleguen dichos servicios (es útil tener un teléfono móvil disponible).
10. Si el paciente es capaz de tolerar que se llame a los servicios de emergencia, advertirle de lo que se está haciendo. Debido a que el paciente ha hecho la primera llamada pidiendo ayuda, es probable que se encuentre más aliviado si la ayuda está en camino.
11. Si el paciente parece desorganizado o histérico, hacer que el paciente se centre en las preguntas con final cerrado que se le están haciendo.
12. Hacer preguntas con final cerrado que no agraven el malestar del paciente, como, por ejemplo, «Voy a hacerte algunas preguntas con el fin de que me puedes ayudar un poquito. Quiero que te centres sólo en las preguntas que te voy a hacer... ¿de acuerdo? Empecemos diciéndome ¿dónde vives? ¿Qué edad tienes? ¿Vives solo/a? ¿Estás tomando alguna medicación?» Intentar que las preguntas sean breves y que se centren en lo que interesa, ya que se está evaluando el peligro potencial de la situación.
13. Poner límites muy estrictos: si se sospecha que el paciente ha tenido un intento de suicidio o constituye un peligro para sí mismo o para los demás, no importa lo que diga el paciente, comunicarle que nos gustaría hablar con un miembro de la familia. Si el paciente no está de acuerdo, advertirle que necesitaremos llamar a la policía o a los servicios de emergencia. Que no nos convenzan con frases como «No tengo la seguridad de que no me lesione, pero no voy a ir a ningún sitio». Poner límites: «O vas a una evaluación de emergencia o llamo a la policía».
14. Si contactamos con los servicios de emergencia, hay que estar seguros de dar nuestro nombre completo, el título y el número de teléfono para el caso en que nos devuelvan la llamada. La policía llama habitualmente al terapeuta una vez que han llegado a una casa.
15. Si un niño/adolescente temprano llama por una emergencia, hay que estar seguros de decirle que abra la puerta a la ambulancia o a la policía.
16. Si se está evaluando a un paciente que presenta ideas paranoides u homicidas, hay que estar seguros de colocarse más cerca de la puerta que el paciente y avisar a los encargados del lugar. Si se está evaluando a un paciente paranoide, hay que estar seguros de averiguar si el paciente ha sentido la necesidad de protegerse (esto a menudo identifica a los que atacan primero debido a su percepción de que están en peligro). «¿Has sentido alguna vez la necesidad de protegerte de ese individuo que te está observando?» o «¿Te has protegido alguna vez de los vecinos de los que estás convencido que te van a hacer daño?»

Entrenamiento de las personas que trabajan con crisis

Aunque todos los profesionales deberían tener conocimientos y entrenamiento en responder a las crisis, sería aconsejable, especialmente en instituciones, tener un cuadro de individuos identificados y entrenado en intervención en crisis. En momentos y circunstancias de crisis, ellos pueden ser los líderes o las personas adecuadas para organizar y coordinar la intervención en crisis. Freeman y Nigro (2007) han desarrollado un modelo de entrenamiento para los que trabajan en intervención en crisis dentro de una institución. Estos trabajadores llevan un uniforme o distintivo especial. Cuando surge una crisis, otros miembros del equipo adoptarán un papel de apoyo bajo la dirección de las personas que trabajan en intervención en crisis. El modelo incorpora los siguientes elementos:

1. Las personas que trabajan con crisis están entrenadas en prevención e intervención en crisis no violentas.
2. Entrenamiento en la naturaleza general de las crisis y en la teoría de la intervención en crisis.
3. Entrenamiento en intervenciones cognitivo conductuales para las crisis.
4. Evaluación de la capacidad de un individuo para controlar el comportamiento verbal y físico.
5. Evaluación de la ira y la agresión.
6. Evaluación del consumo de sustancias psicoactivas.
7. Evaluación de problemas médicos potenciales (por los médicos).
8. La naturaleza de la psicopatología I –Trastornos psicóticos.
9. La naturaleza de la psicopatología II –Trastornos clínicos y de personalidad.
10. Comprender los sistemas familiares.
11. Comprender el papel de la cultura y la comunidad en la intervención en crisis.
12. Facilidad para el acceso y conocimiento en la utilización de los recursos institucionales y de la comunidad.
13. Rebajar el comportamiento altamente emocional.
14. Habilidades de comunicación.
15. Recomendar medicación de emergencia, si se necesita.
16. Recomendar hospitalización, si se necesita.
17. Capacidad para documentar claramente las crisis y las intervenciones.

Referencias

- Beck, A. T (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T, Freeman, A. y Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Plenum.

- Brom, D. y Kleber, R. J. (1989). Prevention of posttraumatic stress disorders. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 335-351.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. y Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 948-955.
- Greenstone, J. L. y Leviton, S. C. (1993). *Elements of crisis intervention*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Millon, T. (1999). *Personality guided therapy*. Nueva York: Wiley.
- Mitchell, J. y Everly, G.S. (1995). Prevention of work-related posttraumatic stress: The critical incident stress debriefing process. En L. Murphy (dir.), *Job stress interventions* (pp. 173-183). Nueva York: Plenum.
- Slaikue, K. A. (1990). *Crisis intervention* (2ª ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Spitzer, R. L. y Williams, J. B. W. (1986). *Structured clinical interview for DSM-III-R, Upjohn version (SCID-UP-R)*. Nueva York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.

