

UNIDAD DIDÁCTICA. 6

Intervención de segundo orden objetivos y técnicas

6.1 Trastornos más frecuentes

- I *Trastorno de Estrés Postraumático.*
- II *Trastorno por Estrés Agudo*
- III *Crisis de Angustia*
- IV *Trastornos Disociativos*
- V *Depresión*
- VI *Afrontamiento*

6.2 Técnicas Cognitivo- Conductuales

- 6.2.1 *Reestructuración cognitiva*
- 6.2.2 *Solución de problemas*
- 6.2.3 *Autoinstrucciones*
- 6.2.5 *Técnicas de relajación*

6.3 Intervención Familiar en catástrofes

- 6.4.1 *Introducción*
- 6.4.2 *¿Qué pasa en la familia cuando suceden tales cosas?*
- 6.4.3 *¿Qué hace la familia?*
- 6.4.4 *¿Qué debe hacer la familia? Reestructuraciones necesarias*
- 6.4.5 *¿Cómo se lleva a cabo lo que puede hacerse?*
- 6.4.6 *Intervención Psicosocial en Familias.*

6.4 Otros modelos aplicables en catástrofes

- 6.4.1 *Basic pb. modelo integrativo*
- 6.4.2 *Análisis transaccional*

6.5 Bibliografía

6.1. Trastornos más frecuentes

I-ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DSM IV: T.E.P. F43.1/309.81)

1- Introducción:

La predicción de cual puede ser la respuesta de cualquier persona ante un hecho traumático de cierta envergadura, es relativamente impredecible, debido a que están implicados múltiples factores, como son la estructura de personalidad, antecedentes psicopatológicos, biografía, experiencias traumáticas anteriores.

A esto hemos de sumar su capacidad de autocontrol, desensibilización ante eventos estresantes, es decir si ha estado sometido a cualquier tipo de situación estresante o ha pasado un programa preventivo (inoculación de estrés, prevención de desastres etc.).

Como antecedentes a la clasificación diagnóstica que encontramos en la actualidad dentro del DSM IV (1ª aparición en DSM III, 1980), se podría hacer referencia al modelo de ansiedad experimentada tras la exposición a situaciones traumáticas, expuesto por Freud o bien el modelo de Kraepelin. Sin embargo, por la similitud que guardan los conflictos bélicos con respecto a los sucesos traumáticos ocasionados por fenómenos climatológicos o accidentes con víctimas masivas, etc. lo que denominamos comúnmente como catástrofes, es de obligada referencia señalar como antecedentes del T.E.P. a las "neurosis de combate" referidas en la 1ª Guerra Mundial o también llamadas "neurosis de guerra", que vuelven a ser numerosas en la 2ª Guerra Mundial y ya con más frecuencia identificadas en el resto de conflictos armados del S.XX (*Briol, Beebe & Lowenstein 1953*).

En la Guerra del Yom Kippur (1973 en Israel, hubo informes de Unidades en que las bajas por estrés de combate llegó a suponer el 50% de las bajas totales (Levav, Greenfeld & Baruch 1979). En la Guerra del Líbano en 1982, Noy, Nardi & Solomon (1986), informaron de la existencia de 1,2 baja por estrés de combate por cada herido.

Aunque estas cifras se refieren más a la reacción por Estrés en Combate, hemos de suponer que las cifras de cuadros por estrés tardío, es decir T.E.P. debieron ser también elevadas con respecto a las tasas de prevalencia en población adulta (1-2 %).

Como mejor ejemplo de estrés postraumático perdurable en el tiempo, encontramos los estudios realizados con los supervivientes del Holocausto Nazi *Davidson, 1980, Epstein, 1980*. Aquí Davidson propone que a consecuencia de la transmisión de padres a hijos, de diversos trastornos emocionales, de personalidad, etc... relacionados con claridad con los efectos a largo plazo de la traumatización, la mejor terapia a seguir es la Terapia Familiar.

Otro área importante que recibió la atención de los terapeutas sobre una estructura en crisis, fue el estrés postraumático en veteranos del Vietnam (*Figley y Sprenkle, 1978, Williams, 1980*). Una conclusión importante que aportan, es que por lo generales trauma de las experiencias de combate se reprime y posteriormente se reactiva con otra crisis de la vida.

Figley y Sprenkle 1978, aplican el paradigma sobre las reacciones psicológicas del trauma de Horowitz y Solomon 1975, a su tratamiento en los veteranos del Vietnam. El tratamiento también se enfoca sobre la familia y el grupo social inmediato del veterano, con frecuencia entrenándolos en como abordar las reacciones específicas.

No obstante el tratamiento del T.E.P. es un capítulo importante dentro de la Intervención Psicológica en Catástrofes, por lo que con el afán de facilitar la labor de los psicólogos que trabajen en este campo o que por otras circunstancias deban abordar cuadros clínicos de Estrés Postraumático instaurados, se presenta el siguiente esquema de trabajo terapéutico.

2- Criterios diagnósticos del T.E.P. (F 43.1 T.E.P. 309.81):

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- (1) Recuerdos de acontecimientos recurrentes intrusos que provocan malestar y entre los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
- (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
- (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
- (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más, de los siguientes síntomas:

- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- (6) Restricción de la vida afectiva (restricción por ejemplo para demostrar sentimientos de amor)
- (7) Sensación de un futuro desolador (p.ej. espera no encontrar un empleo, casarse, no formar una familia, en definitiva no llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal (Ausente antes de; trauma, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) Irritabilidad o ataques de ira
- (3) Dificultades para concentrarse
- (4) Hipervigilancia
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

3- Evaluación del T.E.P.:

El T.E.P. a pesar de ser un cuadro psicopatológico muy unido a situaciones de catástrofe, no siempre es el predominante, es decir no todos los afectados o víctimas del suceso desarrollan patología y aunque la padezcan no siempre es un T.E.P. Sin embargo es importante señalar desde la perspectiva terapéutica, que al ser un cuadro tan complejo, donde se puede hallar un número elevado de síntomas diversos que se relacionan con otros diagnósticos (todos los trastornos por ansiedad, síntomas depresivos y otros), el tratamiento aquí aplicado debe abarcar este abanico de sintomatología, por lo tanto el modelo que a continuación se expone puede ser válido para el abordaje psicológico de las víctimas, partiendo de una correcta evaluación y psicodiagnóstico.

Puntos de interés para la evaluación del T.E.P. (modificación a partir de Ciurana y Tizón, 1994):

- Factores de Riesgo (Niño/as, Viudo/as, personas que viven solas, riesgo de suicidios, antecedentes psiquiátricos, etc.).
- Red social de apoyo (tiene posibilidades de tener apoyo o está asilado/a).
- Estado de salud de la persona afectada (antecedentes o factores de riesgo, etc.).
- Conocimiento de los procesos de readaptación postcrisis (como funciona la persona en este proceso de adaptación, que orientaciones futuras se le pueden proporcionar, etc.).

Instrumentos de evaluación propuestos:

- Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés Postraumático (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991).
- ISRA (*JJ Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel, 1986*).
- Escala de Desesperanza (*Beck, 1992*).
- B.D.I. (*Conde y Franch, 1984*).
- STAI (*Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970 - TEA*).

Niños (además es conveniente aplicar escalas específicas):

- TOESD (*Test of early socioemotional development, Hrespo y Brown, 1984*).
- CDS (*Children Depression Scale, de Tisher y Lang, 1978*).

II F43.0- TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO (308.3)

1- Introducción:

Las características principales son la aparición de la ansiedad, síntomas disociativos y otro tipo de síntomas que tiene lugar durante el mes siguiente a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo. En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa. Después del acontecimiento traumático este es vivido de forma recurrente. El individuo evita situaciones que eliciten el acontecimiento traumático, y presenta simultáneamente síntomas de ansiedad o aumento de activación (arousal).

Estas alteraciones duran al menos dos días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Los sujetos con estrés agudo muestran síntomas disociativos, ausencia de reactividad emocional, lo que se traduce en dificultad o imposibilidad de encontrar placer en actividades que antes resultaban placenteras.

2- Criterios diagnósticos:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. *Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.*

B- Durante o después del acontecimiento traumático, al individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

- (1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
- (2) Reducción del conocimiento de su entorno (p.ej. estar aturdido).
- (3) Desrealización.
- (4) Despersonalización.
- (5) Amnesia disociativa (P. Ej. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D- Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma.

E- Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la actividad (arousal).

F- Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.

G- Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas.

H- estas alteraciones no se deben a la interferencia de sustancias (drogas, fármacos, etc.), o enfermedad médica.

III- CRISIS DE ANGUSTIA (DSM IV):

1- Introducción:

Aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 síntomas de los señalados a continuación. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 min.) acompañándose de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente sensación de escapar. Los individuos que solicitan ayuda terapéutica por estas crisis de angustia inesperadas acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o volverse locos.

2- Criterios diagnósticos de crisis de angustia:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- (2) Sudoración.
- (3) Temblores o sacudidas.
- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) Sensación de atragantarse.
- (6) Opresión o malestar torácico.
- (7) Náuseas o molestias abdominales.
- (8) Inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) Desrealización o despersonalización.
- (10) Miedo a perder el control.
- (11) Miedo a morir.
- (12) Parestesias.
- (13) Escalofríos o sofocaciones.

AGORAFOBIA (DSM IV):

A) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar sea difícil o que en el caso de aparecer una crisis de angustia sea difícil recibir ayuda.

B) Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos.

C) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, específica, trastorno obsesivo-compulsivo, tr. Estrés postraumático o tr. de ansiedad por separación.

F41.0 trastorno de angustia (panic disorder) sin agorafobia:

A- se cumplen 1 y 2.

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

2. Al menos una crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej. Perder el control, sufrir un infarto, volverse loco).

c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.

B- Ausencia de Agorafobia.

C- Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

D- La crisis de angustia no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F40.01 Trastorno de angustia (panic disorder) con agorafobia:

A- Se cumplen 1 y 2.

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

2. Al menos una crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej. Perder el control, sufrir un infarto, volverse loco).

c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.

B- Presencia de agorafobia

C- Las crisis de angustia no se deben a los efectos directos de una sustancia o enfermedad médica.

D- La crisis de angustia no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.



IV- TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1-Introducción:

La característica fundamental consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno, pudiendo ser repentina, gradual o transitoria:

- La amnesia disociativa: incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- La fuga disociativa: se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o el puesto de trabajo, acompañados de incapacidad

para recordar el pasado.

- El trastorno de identidad disociativo: (antes personalidad múltiple), se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de forma recurrente.
- El trastorno de despersonalización: se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.
- El trastorno disociativo no especificado: se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios de un trastorno disociativo específico.



V- DEPRESIÓN

1- Introducción:

Aquí se incluyen los trastornos que como característica principal tienen una alteración del humor. Los cuadros donde predomina la patología de la "pena", se denominan depresivos, y en aquellos donde predomina la patología de la "alegría", son los cuadros maníacos, pudiéndose dar el caso de cuadros mixtos denominados Trastornos Bipolares: tr. depresivo mayor, tr. distímico, tr. depresivo no especificado, tr. bipolar I, tr. bipolar II, tr. ciclotímico, tr. bipolar no especificado, tr. del estado de ánimo debido a enfermedad médica, tr. del estado de ánimo inducido por sustancias, tr. del estado de ánimo no especificado.

2- Identificación de síntomas depresivos y aproximación a las personas que padecen estos síntomas:

Desde un punto de vista pragmático la complejidad de los cuadros psicopatológicos denominados como trastornos afectivos, hacen recomendable identificar (independientemente de los instrumentos estándar de evaluación psicológica), a este tipo de pacientes y facilitar la accesibilidad a estos, por tanto a continuación exponemos una breve ficha de síntomas y estrategias para el manejo terapéutico inicial:

FICHA DE INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN:

SÍNTOMAS DEPRESIVOS:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo.
- Ideas de culpa de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de la alimentación.
- Ideas de autolesión o autoagresivas.
- Pérdida de interés por actividades que antes le eran placenteras.
- Inhibición psicomotora.
- Despertarse dos horas o más, antes de lo normal.
- Pérdida de peso (5% o más en un mes).

se distraiga (puede ser negativo puesto que ha perdido la capacidad para enfrentarse a este tipo de situaciones).

- Es positivo detectar en el deprimido que vuelve a tener motivación por hacer cosas como salir, iniciar actividades, etc... (aunque no llegue a ejecutarlas, es válido solamente el cambio de actitud).
- No se le debe mimar en exceso, ni por el contrario, mostrar una actitud de reproche por su situación.
- Es clave que se le escuche, que se sienta querido y ayudado.
- Hay que intentar que realice actividades que no le resulten un gran esfuerzo y de las que puede obtener una alegría por su consecución y así sirvan para reforzar su Yo.
- Si toma medicación comprobar que sigue la pauta del médico.
- Es aconsejable evitar que tome decisiones importantes.
- Hay que recordarle en todo momento que es una situación pasajera y curable, que afecta a mucha gente.
- Consultar a un psicólogo/ psiquiatra.

CÓMO COMPORTARSE CON UNA PERSONA DEPRIMIDA:

- En primer lugar recordar que tiene sentimiento de culpa por su enfermedad, por lo que hay que evitar expresiones como "¡debes poner de tu parte!".
- Conviene tener cuidado con darle consejos como "¡tómate unas vacaciones!" o que salga o

6.2. Técnicas Cognitivo- Conductuales

6.2.1 Reestructuración cognitiva

En cada caso que observemos, en cada situación que vivamos, nuestras emociones son consecuencias de nuestros pensamientos. El suceso va a ser juzgado, interpretado y etiquetado de tal forma que es inevitable una respuesta emocional particular. Se hacen interpretaciones de lo que vemos y oímos, se juzgan los sucesos como buenos y malos, temibles o agradables, predicen si pueden ocasionar peligro o seguridad.

Las personas a la hora de relacionarnos con el entorno que nos rodea, constantemente estamos guiando nuestras actuaciones y nuestra forma de sentirnos mediante nuestros pensamientos. Estos juicios u opiniones se forman a lo largo de un interminable diálogo de cada persona consigo misma. El diálogo es como una cascada de pensamiento que fluye de la mente sin interrupción, creando las emociones más intensas. Este diálogo ha sido denominado "pensamientos automáticos" por el teórico cognitivo Aaron Beck y ha sido denominado "autocharla" (self talk) por el terapeuta racional emotivo Albert Ellis. Tanto Ellis (1962) como Beck (1967) fueron destacados fundadores y aún pueden considerarse los principales representantes de las terapias cognitivas.

Varios líderes de la terapia de conducta desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta hacerlos también cognitivos. Esto ha dado lugar a que se hable, a menudo, de terapias "cognitivo-conductuales". Fue Bandura (1969) el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Su aportación propició: La postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico. Posteriormente (1977), afirmó la importancia de la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta. Por otro lado, tanto Mahoney (1974) como Meichebaum (1969) otorgaron un papel determinante al autocontrol.

La terapia cognitiva constituye un enfoque terapéutico que opera mediante la alteración de las cogniciones o procesos cognitivos de la persona. Este enfoque atribuye un papel central a las cogniciones como mediadores en la generación de conductas y emociones. El término "cognición", se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, significados, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al self y al mundo.

Los postulados de lo que Mahoney (1977) denomina "paradigma de aprendizaje cognitivo" pueden servir para ilustrar los supuestos básicos de la terapia cognitiva:

- 1) El organismo humano responde principalmente a representaciones cognitivas de su entorno más que al ambiente en sí.
- 2) Estas representaciones cognitivas se relacionan funcionalmente con los procesos y parámetros del aprendizaje.
- 3) La mayor parte del aprendizaje humano es mediado por cogniciones.
- 4) Los pensamientos, emociones y conductas son causalmente interactivos.

Por otra parte, Dobson y Block (1988) postulan tres puntos comunes básicos de la terapia cognitivo-conductual:

- 1) La actividad cognitiva afecta a la conducta.
- 2) La actividad cognitiva puede ser controlada y alterada.
- 3) El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

Parece quedar claro que la interpretación cognitiva de un acontecimiento, afecta a la respuesta del sujeto. Nuestros pensamientos, ante un hecho determinado, pueden ser de dos tipos: observaciones o juicios y opiniones. ¿Cuál es la diferencia

entre las observaciones y los juicios?

Las observaciones serían adecuadas a la realidad totalmente todo el mundo puede ver que el coche de x es amarillo).

Los juicios u opiniones no son ciertos o adecuados a la realidad totalmente si decimos que el coche de x es bonito no todos estarán de acuerdo y, a veces, se aleja mucho de la realidad). Los juicios u opiniones generan alteraciones emocionales desproporcionadas, sobre todo si lo hacemos para hechos importantes para nosotros, y estos juicios son erróneos y exagerados y creemos que son verdad al 100%.

Ejemplos:

Observación: Juan ha dicho que le molestaba que yo llegara tarde.

Juicio: Juan me tiene manía y me quiere fastidiar.

Nota: se puede practicar poniendo ejemplos.

Ideas irracionales

Estrategia: Exposición teórica.

Existen técnicas para influir de manera directa sobre los pensamientos inadecuados. Se engloba bajo el título de "reestructuración cognitiva" tanto la terapia cognitiva de Beck, como la racional emotiva creada por Ellis. Aunque la primera se centra más en los pensamientos automáticos negativos y formas de razonamientos/inferencias erróneas, y la segunda en las creencias irracionales, ambos enfoques presentan suficiente comunidad como para convivir en esta categoría caracterizada por la detección y sustitución de cogniciones inadecuadas.

La primera técnica que vamos a utilizar para modificar nuestros pensamientos alterados es la terapia racional emotiva. Esta técnica parte de la base de que no son las situaciones en sí las causantes del malestar o estrés, sino que, tienen principal importancia en ello los pensamientos. La meta primordial de la TRE es asisitir al sujeto en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros mas racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como ser feliz, superar cri-

sis, adaptarse a situaciones, establecer nuevas relaciones, etc.

La TRE examina, además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general. La intervención terapéutica tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta el ambiente y sus circunstancias.

Los errores que cometemos al interpretar lo que nos pasa, son los causantes de gran parte del malestar que sentimos en determinados momentos. Hay hechos que a casi todo el mundo le afectan:

- perder la vivienda.
- Perder el empleo.
- Cambio brusco en la vida: cambiar de ciudad, perder un ser querido.

Sin embargo ante estas situaciones, no todo el mundo presenta el mismo grado de alteración. Hay personas que pueden sentir más o menos mal, pero hay otras que pueden quedar destrozadas o imposibilitadas para llevar una vida normal. Por lo tanto, podemos pensar que las situaciones por sí solas no son las causantes del estado de ánimo alterado, sino que está la interpretación de esa situación y de las consecuencias que pueden derivarse para esa persona.

Ejemplo: situación: pérdida de la vivienda.

Pensamientos A: qué voy a hacer, ahora, sin vivienda; no lo voy a aguantar; todo este tiempo perdido; es lo más horrible que me ha podido suceder.

Sentimientos A: tristeza, impotencia, rabia, etc. Nota: (los alumnos pueden hipotetizar qué respuestas fisiológicas y motoras se podrían dar).

Pensamientos B: podré superarlo, conseguiré una vivienda mejor; al principio lo pasaré un poco mal pero supondrá un nuevo reto en mi vida.

Sentimientos B: sensación de control, etc. Las respuestas fisiológicas, a su vez, serán menos alteradas.

Podemos ver como hay pensamientos que exageran la situación y sus consecuencias.

Las características de los pensamientos irracionales son las siguientes:

- a.- Nos hacen sentirnos mal.
- b.- Nos hacen distorsionar la realidad.
- c.- No nos permiten conseguir nuestros objetivos.

Los pensamientos irracionales se pueden resumir y dividir en cuatro tipos:

1.- Necesidad psicológica

Pensamientos dirigidos a la búsqueda de una necesidad no primaria. Ejemplo: necesito el coche para ser feliz.

2.- Generalización

Ver un suceso negativo como una derrota o frustración que nunca acabará. Estos pensamientos se expresan cuando su crítica patológica utiliza los siguientes términos: nunca, siempre, todo, jamas, nadie, ninguno. Se cierran las puertas a la posibilidad, al cambio, a la asunción, al poder.

3.- Catastróficos

La tendencia a exagerar lo insoportable de una situación. La persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad. Estos pensamientos se utilizan para exagerar el carácter negativo de las situaciones. Ejemplos: esto es tremendo, horroroso, esto es terrible.

4.- Absolutistas

El trastorno psicológico se encuentra en la evaluación que hace el individuo de la situación de lo que le rodea. Dicha evaluación se conceptualiza sobre un pensamiento dogmático, pensamiento que implica una exigencia sobre nuestro comportamiento y se comunican a través de palabras como "debo de", "tengo que".

Nota: se puede pedir que se registren situaciones en las que se tengan pensamientos irracionales:

- Situación
- Pensamiento irracional
- Sentimiento

Refutación o debate de ideas irracionales

Según la filosofía estoica: "*no nos preocupan las cosas sino la visión que tenemos de ellas*".

Se puede tratar de corregir los pensamientos exagerados y se pueden modificar para que nuestro estado de ánimo no nos desborde.

Para conseguir el cambio, hemos de lograr que las personas se den cuenta de:

- Que son ellas las que crean, en gran medida, sus perturbaciones psicológicas.
- Que reconozcan que poseen la capacidad de modificar, de una manera significativa esas perturbaciones.
- Que han de trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.

Tenemos a un cliente, a un paciente, a una víctima cuya construcción de la realidad le lleva a conclusiones y conductas incapacitantes.

Estrategia: reestructuración

Vamos a centrarnos en controlar los pensamientos irracionales:

- a) Sentimiento, que señale el grado de ansiedad, (depresión, ira etc.)
- b) Parar.
- c) Detectar el pensamiento: ¿que me estoy diciendo a mí mismo que está haciendo que me sienta mal? ¿cuál es el acontecimiento desencadenante? ¿cuál es la idea irracional?
- d) Debatir el pensamiento: ¿qué puedo pensar? que reevalúe la situación y cambie sus automanifestaciones.
- e) ¿Qué puedo hacer?
- f) ¿Qué está haciendo?

El papel del psicólogo-terapeuta es motivar al sujeto para que reevalúe la situación en términos más racionales, lo reformule de forma más positiva guiando al sujeto por medio de preguntas:

Pensamiento irracional denominado **necesidad psicológica**.

Técnica para debatir y corregir el pensamiento:

- ¿Qué otras cosas buenas me quedan, me pueden ocurrir?
- Analizar "necesidad" ejemplo, falta de aire.
- ¿Por qué crees que es tan necesario?

Pensamiento irracional denominado **generalización**.

- Cuestiones basadas en la evidencia.
- Cuestiones basadas en las alternativas.
- Cuestiones basadas en la implicación.

Entiendo que la reestructuración cognitiva es una técnica básica para las expectativas negativas de cara al futuro y la desesperanza.

Nota: se recomienda profundizar en la reestructuración cognitiva-conductual-sistemática (Bas y Andres, 1.986) y en reestructuración racional-sistemática (Goldfried, 1976), así como en los modelos de Ellis y Beck (Bibliografía) y adaptar e integrar la mejor formulación para las habilidades terapéuticas de cada uno.

Técnica para debatir y corregir el pensamiento:

- ¿Qué has hecho en el pasado para solucionar problemas, qué puedes hacer ahora?
- Alternativas.
- Por qué lo crees; evidencia en contra y a favor.
 - Aplicar pruebas de realidad.

Pensamiento irracional denominado **catastróficos**.

6.2.2. Solución de problemas

Si examinamos la literatura conductual, Nezu(1987) ha definido la solución de problemas sociales "el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella".

Los problemas son situaciones específicas de la vida que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo; se trataría de una relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio entre la demanda y la disponibilidad de una respuesta adaptativa.

Una solución, se define, como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D' Zurilla, 1986; Nezu, 1987).

En situaciones críticas, es muy probable que las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasen, dando lugar a un sentimiento de indefensión que dificulte la búsqueda de nuevas soluciones; el problema empieza a parecer insoluble y la ansiedad o la desesperación

pueden llegar hasta niveles paralizantes.

La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar

Técnica para debatir y corregir el pensamiento:

- Descatastrofizar: ¿qué cosas buenas o positivas me quedan?
- Si se trata de algo inevitable: o me resigno (inutilidad del pensamiento) o busco alternativas.
- Si es un pensamiento extremo, por ejemplo, no voy a ser capaz de... o no puedo soportar que la vida sea tan injusta. Reformular a un nuevo pensamiento más descriptivo y operativo. ¿por qué piensas así? ¿qué evidencias tienes? ¿Qué tendrías que hacer para conseguirlo?
- ¿Por qué lo crees? Hechos a favor o en contra de lo que dices, consecuencias positivas o negativas de mantener ese pensamiento.

Pensamiento irracional denominado **absolutista**.

Técnica para debatir y corregir el pensamiento:

- ¿Qué podrías hacer para cambiar la situación?
- ¿Qué podrías hacer para conseguir lo que deseas?
- Por qué debería: explicar diferencia deseo y realidad, cambiar "debería" por "me gustaría", "preferiría".

Probablemente en víctimas de desastres la reestructuración cognitiva se centre en tres tipos de casos:

decisiones, depresión, desesperación, ineficacia, cólera, irritabilidad.

Los objetivos de la terapia de solución de problemas aplicada a situaciones críticas, de desastres por ejemplo incluyen:

- a. Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- b. Aumentar la eficacia de los intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- c. Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.

COMPONENTES DEL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: DESARROLLO DE LA TÉCNICA:

1. Entrenamiento positivo en la orientación hacia el problema.

En este primer paso el terapeuta trata de ayudar a las personas a:

- a. Identificar, reconocer y clasificar el problema.
- b. Atribuciones del problema. (modificar un estilo atribucional negativo).
- c. Termómetro del problema (significado del problema para su bienestar).
- d. Control personal del problema:
 - Adoptar la perspectiva de que los problemas son normales e inevitables y que se pueden afrontar de forma eficaz.
 - Que perciba el problema como controlable y con solución, (aumentar sus expectativas de ser capaz, autoeficacia percibida).
- e. Compromiso de esfuerzo personal.

2. Definición y formulación del problema.

En síntesis este paso consistiría en ayudar a la persona a describir con detalle el problema y la respuesta que le está dando. En esta definición se enseña a separar los hechos de las inferencias o

suposiciones, contestando a las siguientes cinco clases de preguntas específicas:

- Quién (quién es el responsable, quién está implicado)
- Qué (qué estoy sintiendo, qué está sucediendo, qué pienso)
- Dónde (dónde sucede)
- Cuándo cuándo solucionaré, cuándo empezó)
- Por qué (por qué ocurrió, por qué me siento tan triste).

Al contestar a estas preguntas hay que enseñar a la persona a corregir conceptos erróneos que podrían estar desarrollando (p. ej., atención selectiva, minimización, generalización, atribuciones negativas, abstracción selectiva). De nuevo, distintas estrategias de reestructuración cognitiva serían útiles en este proceso.

Hecho lo anterior, tendríamos el perfil del problema. Podemos utilizar este perfil para reclasificar el problema intentando formas distintas de pensar en él; de esta manera, se generarían objetivos específicos que les gustaría alcanzar (objetivos concretos y realistas) Algún ejemplo de objetivos puede ser: vivir con menos obsesión, mantener la calma.

Pueden darse dos tipos de objetivos:

- Centrados en el problema, serían relevantes para situaciones que se pueden cambiar.
- Centrados en la emoción, que serían relevantes para situaciones que pueden identificarse como inmodificables (p. ej., muerte de un familiar); tratarían de reducir el impacto del malestar asociado con experimentar un problema.

Por último en este paso veríamos los obstáculos del problema y que pueden impedir la consecución de los objetivos. El terapeuta debe tener aquí mucho cuidado para ayudar a la persona a examinar la situación problema. Se deben, pues, examinar sus respuestas al problema (qué hace, cómo se siente, que quiere). Se pueden así generar nue-

vos objetivos alternativos o lo que llamo "una reevaluación de los objetivos".

3. Hacer una lista con las alternativas

A las distintas formas que tenemos de solucionar un problema las llamaremos alternativas.

Podemos utilizar la estrategia denominada tempestad de ideas que se rige por:

- a- Principio de cantidad: Cuantas más ideas se produzcan mayor es la posibilidad de tener algunas buenas. Se alienta a la persona a que produzca tantas ideas como le sea posible para cada objetivo.
- b- El aplazamiento de la valoración: el principio de cantidad se consigue mejor, si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea, hasta que se produzca una lista exhaustiva.
- c- Principio de variedad: alentar a la persona a pensar en un amplio rango de soluciones posibles. Todo vale así; se puede salir de la rutina mental y liberarse de una visión limitada del problema, viéndolo desde una perspectiva distinta.

Es muy importante no dejar de buscar alternativas demasiado pronto.

Por ejemplo: para el objetivo de "mantener la calma" enumeraríamos un serie de estrategias alternativas para conseguirle.

Nota: se puede practicar con la tempestad de ideas anotando un mínimo de diez estrategias.

4.- Toma de decisiones

En este punto tendremos objetivos alternativos y estrategias para alcanzarlos; revisamos las estrategias y nos quedamos con las más prometedoras, desechando las obviamente malas.

Nuestro siguiente paso sería evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica, como consecuencias potenciales que se le ocurran y que pueden ser personales y sociales ¿cómo afectaría en lo que usted siente, quiere, necesita el hecho de poner en práctica la estrategia? ¿cómo cambiarían su reacción ante sí mismo? ¿cómo afectaría a su propia

vida en ese momento, el próximo mes, el próximo año?. Serían soluciones eficaces aquellas que se caracterizan por una cantidad máxima de consecuencias positivas y mínimas de consecuencias negativas. Hay que enseñar a la persona a estimar: la probabilidad de que una alternativa determinada sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo; en este sentido, decidir qué alternativas poner en práctica. . Además, para ser más precisos, cada una de las consecuencias las valoraremos de 0 a 10. Con estas evaluaciones y comparando el resultado de las puntuaciones se anima a la persona a desarrollar un plan general de solución.

5.- Puesta en practica de la solucion y evaluacion de los resultados.

Es el momento de aplicar las opciones de solución escogidas y un segundo aspecto de valoración de los resultados reales de solución.

¿Con el plan de solución puesto en marcha alcanzamos los objetivos que nos habíamos propuesto?

¿Se está satisfecho con los resultados obtenidos?

¿Se corresponde con las consecuencias previamente anticipadas durante el proceso de toma de decisiones?

Si la respuesta a estas preguntas es positiva hay que reforzar autorreforzar.

Si el resultado aún no es satisfactorio, se vuelve a considerar la lista de estrategias alternativas. Se pueden pensar más ideas y repetir los pasos 3,4,y 5.

RESUMEN: Estrategia:

Además de identificar el problema es muy importante definirlo claramente, buscar alternativas de solución y valorarlas adecuadamente antes de llevarlas a cabo. Esta técnica nos va a ayudar en los siguientes aspectos:

1. Definir el problema y concretar el objetivo
2. Buscar alternativas de solución.
3. Valorar las consecuencias.
4. Poner en práctica la alternativa elegida.
5. Evaluar los resultados.

Consideración clínica: En situaciones de desastres se puede ayudar a la víctima a una comprensión de este modelo como medio de proporcionar un marco a partir del cual puedan entender de qué manera las dificultades para afrontar las situaciones difíciles pueden conducir a dificultades emocionales y a trastornos psicológicos. El ilustrar, a su vez, cómo las reacciones perturbadas pueden inhibir los intentos de afrontamiento eficaces, ayuda a minimizar los posibles rechazos impulsivos a este modelo.

El modelo o la terapia de solución de problemas se puede aplicar con un formato muy estructurado o con un formato más amplio y abierto.

6.2.3. Autoinstrucciones

Meichenbaum justifica la técnica en los trabajos de Luria(1961) y Vygostki (1962), en los que se establece que el lenguaje en los niños pequeños no tiene la función de comunicarse con otros, sino más bien la de guiar u ordenar su propia conducta externa. El reconocimiento del lenguaje interno como director y controlador del comportamiento por parte de Meichenbaum, le lleva a describir un procedimiento general que permita modificar las verbalizaciones internas del sujeto y, en consecuencia, la conducta manifiesta.

Los niños suelen decir en voz alta lo que van a realizar o están realizando: ahora coloco los muñecos en fila y los tapo para que no pasen frío, después el papá los lleva de paseo. Conforme los niños se hacen mayores ese lenguaje se interioriza y formaría el lenguaje interno o, lo que es lo mismo, el pensamiento.

Cuando somos adultos también nos decimos, con ese lenguaje interno, lo que estamos haciendo o sintiendo o lo que vamos a hacer, a sentir, o a pensar; es como si nos diéramos ordenes. Estas ordenes son lo que llamaríamos "autoinstrucciones".

Explicación de la técnica de autoinstrucciones:

Son instrucciones u órdenes que el sujeto se da a sí mismo, dirigiendo su actuación. Por ejemplo: "voy a ponerme a trabajar" "no puedo seguir esperando", " lo conseguiré". Este lenguaje interno, a través del cual el sujeto se habla a sí mismo, es un

mecanismo que puede ayudar al sujeto a encontrar la solución o a actuar de manera más eficaz. Pensemos que uno va a enfrentarse a una situación que valora como peligrosa o estresante; para utilizar la técnica, tendremos en cuenta tres momentos distintos en los que habrá que intervenir:

Antes: cuando alguien tiene que enfrentarse a una situación estresante suele anticipar su malestar, ya en esta fase mantiene un diálogo interno negativo.

Durante: es el momento del enfrentamiento; si el diálogo interno es negativo, la actuación empezará y el malestar irá en aumento.

Después: El sujeto se castigará por su mala actuación y su alto nivel de ansiedad y la respuesta se puede condicionar para el futuro.

En una situación de desastre el objetivo debe ser la sustitución de autoafirmaciones inadaptadas por otras más adaptadas.

¿Cómo podría autoinstruirse la persona de forma más adecuada?

Antes:

- Me preguntaré ¿cuál es mi problema? Por ejemplo: identificar mis pertenencias.
- ¿Qué tengo que hacer? Estar tranquilo, Voy a hacer un plan: no voy a ponerme nervioso, lo superaré y estaré bien, sé que lo puedo hacer.

Durante:

- Puedo hacerlo.
- Lo estoy haciendo.
- No va a pasar nada.
- Puedo manejar la situación
- Si siento un poco de tensión, haré una pausa y me relajaré.
- Voy a respirar lentamente.
- No voy a perder el control.

Después:

- ¡lo conseguí!
- He controlado la situación.
- Puedo relajar la tensión.

Las autoinstrucciones deben ser redactadas por las personas con sus propias palabras, de manera que les resulten muy significativas.

6.2.4. Técnicas de relajación

Siempre digo que es imposible estar tenso y relajado a la vez; relajación y tensión serían respuestas incompatibles. Tampoco puede coexistir bienestar corporal y estrés mental. La relajación es lo opuesto al estrés y al nerviosismo y a la tensión. Así como no puedes tener frío si tienes calor, tampoco puedes estar estresado si estás relajado, por lo que si conseguimos ponernos en estado de relajación nuestro estrés desaparecerá o al menos disminuirá.

La relajación produce cambios fisiológicos en el organismo opuestos a los producidos en las situaciones de estrés:

- Reducción de la tensión muscular.
- Descenso de la tasa cardíaca.
- Descenso de la tasa respiratoria.
- Descenso del pulso.

RELAJACION MUSCULAR PROFUNDA

Estrategia:

Hay que aprender a diferenciar los músculos tensos de los que están relajados. Vamos a aprender a reconocer las sensaciones de tensión y las de relajación, con el fin de aprender a situar nuestros músculos en la sensación de relajación.

Se le pide a la persona que cierre los ojos y que se pongan en una posición lo más cómoda posible. Luego daremos instrucciones para que tensen y destensen cada grupo muscular dos veces seguidas.

La tensión se mantendrá durante 5-7 segundos, se esperará de 30 a 40 segundos para centrarse en las sensaciones de relajación del músculo.

Es importante introducir la respiración diafragmática durante todo el ejercicio.

Cuando se hayan relajados todos los grupos de músculos, se imaginará una escena especialmente relajante, tranquila, suave y se concentrará en las sensaciones de relajación que le provienen de todos sus músculos y concentrados en esa imagen que ellos han elegido.

Ejercicios:

Grupo M (Manos y brazos)

Puños. Cierre los puños todo lo fuerte que pueda durante cinco segundos y sienta la tensión que esto produce. Después, relájelos por completo y note la diferencia entre la tensión y el relajamiento. Concéntrase en desplegar los músculos durante aproximadamente un minuto.

Parte anterior de los brazos: ahora doble los brazos por los codos para tensar los músculos de la parte anterior de los brazos. Mantenga esta posición durante unos cinco segundos y después relájese y deje colgar los brazos a lo largo de su cuerpo. Continúe desplegando los músculos y concéntrase en la sensación de dejarse ir durante un minuto más o menos.

Parte superior de los brazos: Aquí se trata de extender los brazos todo lo rígidamente que pueda. Sienta la tensión en la parte posterior de sus brazos durante cinco segundos y después distense, relájese. Extienda los brazos a lo largo de su cuerpo y que los músculos se desplieguen aproximadamente un minuto.

Ahora concéntrase en todos los músculos de las manos y de los brazos dejándolos sentir cada vez más y más relajados.

Grupo N (nuca y hombros)

Nuca: Puede tensar estos músculos apretando la parte posterior de la cabeza contra el respaldo del sillón o del sofá, todo lo fuerte que pueda, (5 seg.). Sienta la tensión y después relaje la nuca y sienta cómo su cabeza descansa suavemente. Déjese llevar durante el siguiente minuto.

Hombros: encoja los hombros, elevándolos hacia la nuca todo lo que pueda y sintiendo la tensión en ellos (5 seg.), luego deje que sus hombros caigan y se desplieguen. Déjese llevar durante un minuto.

Después, durante otro minuto deje que se relajen por completo los músculos de la nuca, hombro y brazos.

Grupo O (ojos, ceja y frente)

Ojos y cejas: Póngalos en tensión frunciéndolos todo lo fuertemente que pueda al mismo tiempo que cierra con fuerza los ojos (5 seg.) después relájese. Sienta el alivio de dejarse llevar y siga suavizando la caída de las cejas. Concéntrese en estos músculos únicamente durante el minuto siguiente.

Frente y cuero cabelludo: Ponga en tensión estos músculos elevando las cejas como en un signo de interrogación, trate de elevar las cejas todo lo que pueda (5 seg.). Sienta la tensión y después relájese. Note la diferencia entre tensión y relajación y déjese llevar. Mantenga los ojos quietos y mirando directamente hacia delante.

Después y, durante un minuto, deje que se relajen por completo los músculos existentes alrededor de los ojos, en la frente, nuca, hombros y brazos.

Grupo C (cuello y boca)

Boca: Los músculos de los labios y del rostro se pueden tensar presionando fuertemente los labios (5 seg.); después, relájese. Deje que sus labios descansen juntos y siga dejándose llevar aproximadamente un minuto.

Mandíbula: se presionan los dientes (5 seg.). Sienta la tensión en la mandíbula y después relaje los músculos; separe ligeramente los dientes, de modo que no aparezca ninguna tensión en la mandíbula. Sienta el alivio de dejarse llevar durante un minuto.

Cuello: coloque la punta de la lengua hacia el paladar y presione hacia arriba todo lo fuerte que pueda (5 seg.). Sienta la tensión en la lengua y en el cuello y después relájese. Sienta la sensación de dejarse llevar y deje que su lengua se hunda en el fondo de su boca. Mantenga la sensación de relajamiento aproximadamente un minuto.

Grupo T (Tronco y pecho)

Pecho: Haga una aspiración profunda y contenga la respiración (5 seg.). Sienta la ten-

sión en el pecho y después exhale el aire, concentrándose en la sensación de dejarse llevar. Vuelva a repetir el ejercicio. Cada vez que exhale debe sentir el alivio de dejarse llevar. Practique este ejercicio durante el minuto siguiente.

Estómago: Encoja los músculos de alrededor del estómago como si se estuviera preparando para recibir un golpe. Sienta la tensión mientras los músculos están encogidos y rígidos. (5 seg.). Después, relájese y deje caer los músculos del estómago, relajados. Siga notando la sensación de dejarse llevar durante el minuto siguiente.

Ahora, durante un minuto, concéntrese en relajar los músculos del tronco, el cuello, el rostro y los brazos.

Grupo P (piernas y caderas)

Piernas: Ténselas apretando los muslos y las nalgas, extendiendo las piernas hacia delante y dirigiendo los dedos de los pies hacia abajo (5 seg.). Mantenga esa tensión en sus piernas y caderas; luego relájese por completo. Sienta cómo la tensión va desapareciendo de sus piernas y caderas y siga dejándose llevar, desplegando los músculos durante el minuto siguiente.

Todo el cuerpo: relaje todos los grandes músculos durante los 2 ó 3 minutos siguientes: sienta cómo se va hundiendo cada vez más y más profundamente en la cama, sillón, sofá, mientras su cuerpo se hace cada vez más y más pesado y se relaja cada vez más profundamente. Mantenga esa relajación en la mente todo lo vívidamente que pueda, sintiendo cómo se va relajando más y más. Durante este período, mantenga los ojos cerrados y trate de ver en su mente la imagen agradable. Abra los ojos y empiece a mover el cuerpo lentamente.

Se puede memorizar el grupo de músculos con la siguiente frase nemotécnica: Mamá No Oye Como Toca Papá.

RELAJACION DIFERENCIAL

Puede suceder que no necesitemos relajar todo el cuerpo sino una parte de él. Si detectamos que

hay excesiva tensión en un solo músculo o grupo de músculos, intentaríamos relajar esa parte.

Ejercicio: por ejemplo, el abdomen, estómago. Se tensa poniéndolo duro hacia adentro; posteriormente se relaja y se percibe la diferencia.

RELAJACION RAPIDA

Es adecuada si el nivel de activación que tenemos es elevado o si nos encontramos en una situación repentina que nos esté produciendo mucho estrés. El inconveniente puede ser encontrar un espacio aislado.

Ejercicio:

Se sienta la persona en una silla sujetando ésta contra una pared, apoyando la espalda totalmente vertical en el respaldo de la silla.

1. Brazos y manos: Flexionando los antebrazos hasta que toquen los bíceps y apretando los puños.
2. Piernas y pies: Flexionando las pantorrillas de tal forma que presionen en el sillón y flexionado las punteras de los pies haciendo presión sobre el suelo.
3. Abdomen: poniéndolo duro.
4. Hombros y pecho: llenando de aire los pulmones y tirando de los brazos hacia el respaldo del sillón.
5. Cara y cuello: como en los ejercicios anteriores.

Cuando se diga TENSAR, tensen fuertemente todos los músculos y cuando se diga SOLTAR suelten fuertemente todos los músculos y perciban las señales de cómo la tensión va desapareciendo poco a poco.

Siete segundos para la tensión y unos treinta segundos para la relajación. Una vez percibida las sensaciones de relajación se pide a la persona que respire profundamente y se imagine una escena agradable.

RELAJACION SIN TENSION O POR INDUCCION

Consiste en relajar los músculos por medio de autoinstrucciones que nos vamos dando a nosotros mismos. Los músculos solo se distienden a través de ordenes que nos vamos dando.

Ejercicio:

Te encuentras cómodamente sentado y tranquilo; introduce esta idea de tranquilidad con tu pensamiento en el interior de tu cuerpo.

- Concéntrate en la mano derecha y deshazte de cualquier tensión que puedas experimentar.
- Las dos manos reposan ahora pesadas, distendidas y relajadas.
- Concéntrate ahora en los antebrazos, déjelos pesados y relajados.
- Siga ahora hacia la parte superior de los brazos, déjelos distendidos y pesados.
- Vaya después con el pensamiento hacia los hombros, déjelos pesados.
- Vaya ahora con el pensamiento hacia la nuca. Distiéndala.
- Siga hacia los músculos de la espalda, sintiéndola pesada muy relajada.
- Ahora concentre su atención en los músculos de la cara, suavizados, distendidos frente, mejilla, boca....relájelos.
- Después los músculos del pecho se relajan y caen pesados.
- Siga hacia los músculos de las nalgas; déjelas blandas, relajadas y pesadas.
- Deje los muslos relajados y pesados.
- Deje las pantorrillas agradablemente distendidas y pesadas.
- Deje los pies sueltos y relajados, incluso las puntas de los dedos.
- Observe ahora cómo todo el cuerpo está agradablemente pesado y relajado. Disfrute de esta sensación.

6.3. Intervención familiar en catástrofes

6.3.1. Introducción

La familia como totalidad y cualquiera de sus complejos subsistemas se caracterizan por un modelo de interacción que reacciona ante los fenómenos que les afectan.

Un suceso traumático afecta a todos y cada uno de los miembros de la familia, cada uno de ellos influye en el comportamiento de los demás y es influido por ellos. Las conductas de todos los miembros están ensambladas, de forma que un cambio en una parte afecta a todos los demás.

Se forma una estructura de vínculos entre los miembros de la familia que está en equilibrio.

Las interacciones entre los miembros son la base de esa estructura de vínculos a través de un proceso, por el cual las interacciones más usuales entre ellos, con el tiempo se estabilizan en patrones de conducta bastante estables y recurrentes, que ayudan a la familia a desenvolverse.

En la familia se establece un equilibrio de relaciones entre los miembros, en que la conducta de

cada uno no se puede entender por sí sola, ni siquiera en función de la conducta de otro únicamente, por que no es A lo que causa B únicamente, sino que el patrón total de relaciones es el que da sentido a una conducta. (Causalidad Circular). La función de un comportamiento se conecta con la del otro para preservar el equilibrio en la familia.

En el curso del ciclo vital familiar aparecen hechos (accidentes evolutivos) que inciden en su desarrollo o en su paralización como sistema vivo y dinámico.

Desde este punto de vista el síntoma según Haley no es fruto de las características individuales que un individuo posee sino que es una conducta que se manifiesta en función de la conducta de otros y que cumple una misión en las relaciones.

En la familia existen dos tipos de fuerzas:

Unas que mantienen las pautas y equilibrios existentes en la relación entre los miembros y otras que promueven el cambio y regulan la forma de afrontar las situaciones nuevas.



Cuando se produce un cambio o alteración en una persona que deja de cumplir una función en el conjunto del sistema se alteran los demás miembros y el equilibrio del sistema y se buscan nuevos ajustes.

A través de mecanismos estabilizadores, presionan al individuo a volver a la situación anterior, en lo que se denomina tendencia a la homeostasis, es decir la tendencia de la familia, a seguir relacionándose según los patrones conocidos, a no alterar la estructura del sistema, y en definitiva a no cambiar.

Sin embargo esta perspectiva homeostática de la interacción familiar tiene que ser complementada con las posibilidades de aprendizaje y crecimiento que también existen en la familia. A medida que pasa el tiempo la familia va afrontando lo nuevo, dando pasos y movilizándose para adaptarse a ello.

En la encrucijada de adaptarse a los cambios que va presentando la vida, la familia que es a la vez estable y flexible es más capaz de hacerlo de forma adecuada.

La importancia de esta doble capacidad responde a la necesidad de preservar lo conocido, que configura un sentimiento de identidad y continuidad (cohesión y a la vez producir nuevas formas de afrontar los hechos y adaptarse a ellos (adaptabilidad y flexibilidad).

La adaptabilidad junto a la cohesión son las variables más relevantes para el buen funcionamiento familiar.

El proceso natural que tiene lugar en un transformación familiar se inicia cuando las pautas de relación entre los miembros y con el exterior, no funcionan bien o son sentidas como insuficientes.

Hay condiciones nuevas para las que ya no sirven. Por ello aumenta la tensión interna de la familia y ésta entra en un estado de crisis, ante el cual son posibles dos caminos : iniciar cambios hacia una nueva forma de integración y funcionamiento o bien se rigidifica en pautas conocidas de relación, normalmente entorno a un comportamiento sintomático.

En el primer caso se ponen en funcionamiento mecanismos para generar nuevas formas de relación, en el segundo para preservar las pautas de relación conocidas.

Ante la presión para el cambio, el momento de crisis es propicio para la aparición de síntomas, (generalmente en la parte más débil del sistema que disminuyen la tensión y estabilizan de nuevo a la familia .

El cambio hacia una configuración sintomática, salva temporalmente la situación pero es un pseudo-solución, una no evolución que ocurre a expensas de un miembro de la familia que se convierte en el chivo expiatorio o más neutralmente en el paciente identificado.

el término crisis designa a encrucijadas vitales, en que parece que se han agotado unas formas de funcionamiento y relación y demandan un cambio hacia nuevas pautas .

Pittman define crisis como oportunidad y peligro.

La persona que experimenta una crisis puede salir del cambio con un crecimiento y madurez mayores o puede quedarse estancada evitando el cambio.

En situaciones de crisis es cuando la familia está más necesitada y receptiva a recibir ayuda.

En la familia existe siempre un nivel de ansiedad y tensión . La tensión discurre en dos sentidos:

El curso vertical engloba los patrones de relación y funcionamiento que son transmitidos de una generación a otra . Incluye todas las actitudes familiares tabúes, expectativas, etiquetas, temas secretos con los que crecemos . Estos aspectos son lo dado, nuestra tarea es qué hacemos con ello.

El flujo horizontal de ansiedad es producido por las tensiones que actúan sobre la familia a medida que avanza en el tiempo, enfrentándose a los cambios y transiciones del ciclo vital.

Esto incluye tanto las tensiones evolutivas predecibles o crisis normativas (matrimonio, nacimiento de hijos, etc.) como los hechos impre-

cibles o crisis no normativas (muerte repentina, enfermedad crónica, paro, situación catástrofica, etc) .

Una tercera fuente de ansiedad es la tensión social fruto de desarrollarse en un lugar y tiempo concreto (fuerzas sociales, económicas y políticas, tienen su impacto sobre la evolución familiar).

Los montos de tensión en cada familia se balancean para dar resultados diferentes.

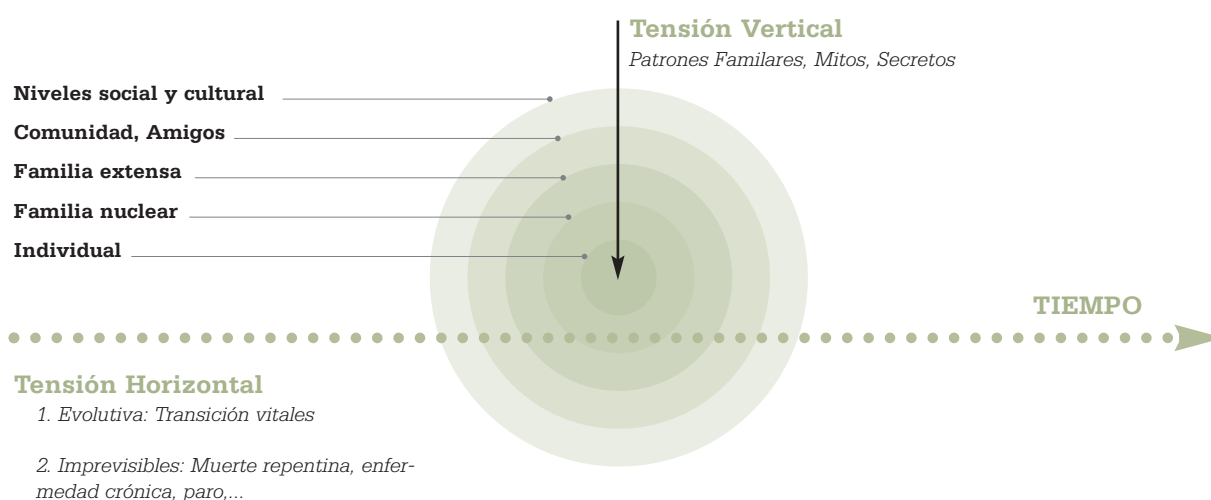
Si hay muchos factores de tensión en el eje horizontal cualquier familia se vuelve muy disfuncional.

Por otro lado en una familia con una fuerte

carga de tensión vertical cualquier pequeña tensión horizontal creará disfunción en el sistema.

El grado de ansiedad creada por las tensiones verticales y horizontales en el momento en que convergen es, desde esta perspectiva el determinante clave de la dificultad con que un familia se desenvuelva a lo largo de las transiciones vitales.

Por ello es importante evaluar no sólo los factores que actúan en el momento presente sobre la disfunción familiar, sino también las cargas verticales: los temas y mitos familiares, los roles asignados, etc...



Objetivos primordiales de la terapia familiar en desastres son:

- Aumentar el sentimiento del afectado y de la familia de que ellos pueden manejarse y controlar la situación.
- Ayudar a la familia a reconstruir los lazos emocionales entre ellos que no pueden ser destrozados por el acontecimiento traumático
- ¿Qué pasa en la familia cuando suceden tales cosas?
- ¿Qué hace la familia ante tal realidad?
- ¿Qué debe hacer con la ayuda del profesional?
- ¿Cómo se lleva a cabo lo que puede hacerse?

6.3.2. ¿Qué pasa en la familia cuando suceden tales cosas?

Ante un accidente catastrófico que provoca la pérdida, desaparición o daño grave de algún miembro de la familia, suelen aparecer los siguientes problemas:

- trastorno de la interacción entre el afectado y sus familiares tanto en el ámbito de los tipos (verbal, no verbal como en los niveles (información, manipulación, comunicación profunda-emocional de la misma. Se le suele ocultar información, sobreprotegerlo, etc)
- Un segundo posible sentimiento se centra en la sensación de desorientación, e incertidumbre de futuro es esencial desarrollar la flexibilidad familiar.

La necesaria relación con los profesionales, implicados en el problema que les afecta, médicos, forenses, abogados, policías etc) provoca una tensión que se polariza en dos sentidos:

1. Búsqueda de contacto para saber toda información que pueda disminuir la ansiedad a lo inesperado por parte de los familiares .
2. La percepción de un cierto distanciamiento / frío por el carácter del experto que se relaciona con la familia .
3. Un tercer sentimiento que aparece en la familia, es el sentimiento de amenaza por la pérdida de equilibrio sistémico ante las presiones internas, y lo que vive como agresión desde el elemento catastrófico y las implicaciones sociales y laborales que lleva consigo.

6.3.3. ¿Qué hace la familia?

Siguiendo el modelo basado en el estrés de Selye pueden apreciarse tres momentos importantes:

Fase de reacción al choque, con reacciones como conmoción, aturdimiento, dolor, ansiedad y búsqueda de calma, horror.

Fase de defensa ante el choque. Depresión y tristeza, pena, temor, agresividad

Fase de desmoronamiento como consecuencia de los daños sufridos por el sistema a causa de las medidas defensivas que ha ido adoptando a lo

largo de un periodo prolongado..

En este momento quedan dos alternativas:

- Inhibición: Aislamiento o abandono en sistema cerrado como consecuencia del predominio de lo morfosintático, con una pérdida de la homeostasis (Rechazo y negación de la realidad, culpabilización, renuncia a la adaptación, etc)
- Utilización positiva de las capacidades latentes, hacia un nuevo equilibrio homeostático basado en lo morfogenético, que implica reorganización, readaptación y ajuste.

6.3.4. ¿Qué debe hacer la familia? Reestructuraciones necesarias

Un suceso traumático que genera enfermedad o pérdida de un familiar altera la satisfacción de necesidades profundas en muchos planos tanto en el plano individual, como en el conyugal o familiar. Algunos planos en los que se hace más patente:

• 1. En el sistema familiar

Toda familia mantiene niveles de estabilidad, cohesión y progreso, en función de los elementos estabilizadores que le facilitan conservar un cierto equilibrio en la realización de sus tareas y funciones, y apoyados en la estructura de clima emocional y social de la familia

1.a. En cuanto a las relaciones familiares:

La cohesión de la familia en una situación de pérdida o enfermedad suele ser alta a consecuencia del contagio emocional, más que como rasgo estable y la cercanía entre los miembros es fundamental para la reorganización en la crisis

En cuanto a la expresividad grado en que se permite la libre actuación y la directa expresión de los sentimientos, puede observarse el hecho de que la familia ante su dolor, obligue indirectamente a que los miembros oculten sus emociones especialmente aquellas que causan dolor a otros o que se disimulen y hasta se distorsionen los sentimientos de rabia, tristeza, depresión por percibirlos como sentimientos no aceptados.

Respecto a la conflictividad (grado en que se expresa la cólera, agresividad y conflicto hay que ser cautos ya que puede aparecer en estas familias una conflictividad reactiva y defensiva ante las amenazas que sienten .

Si la expresividad queda canalizada y la cohesión no contagiosa, logran un nivel adecuado, la conflictividad será mas baja

1.b. El desarrollo personal:

Hay que atender al desarrollo personal de los miembros, asegurándose que el nivel de autonomía o grado de seguridad, autosuficiencia y capacidad de tomar decisiones que tienen los miembros del sistema, no quede más amenazado de lo normal en una situación de estrés.

Facilitar que cada miembro tenga asegurado su territorio físico y emocional, para que la identidad personal no sufra ni paralizaciones ni regresiones. Ejemplo ante la muerte del padre, un hijo pasa con frecuencia a posición parentalizada o un abuelo retoma funciones parentales

La actividad, se conceptúa como el grado en que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la competitividad, y se debe mantener en unos mínimos tendentes a que cada miembro, no vea reducido lo que ha sido el ámbito de sus aspiraciones hasta el momento de aparecer el suceso traumático.

Tiene que ir vinculada a la satisfacción de intereses culturales políticos, sociales e intelectuales) y la potenciación de la sociabilidad, el recreo y la importancia que se da a la posible realización de los ideales que tenga cada miembro en el orden ético - religioso como nivel trascendental de la conducta.

1.c. La estabilidad del sistema ha de quedar asegurada en términos de:

Orden, que permita mantener un punto de referencia para la realización de tareas comunes, que contribuyan a que la familia no pierda su norte en la planificación de actividades y responsabilidades .

Control para que la vida familiar se atenga a normas, pautas, y reglas suficientemente establecidos.

• 2. En el subsistema conyugal.

Las funciones más afectadas en este ámbito ante la enfermedad o pérdida de algún miembro de la familia como resultado de un suceso traumático son:

2 a. El consenso conyugal: como grado de acuerdo de la pareja en la toma de decisiones y aspectos de la vida familiar .

Una larga marginación de lo que es la vida familiar en un miembro de la pareja, puede suponer una pérdida de actualización de lo que sigue viviendo el sistema.

Aspectos como los de la economía, amistades, relaciones con las fuerzas del orden, toma de decisiones, trabajo, y utilización de los tiempos libres ..., pueden convertirse en fuentes de conflicto, cuando el enfermo se reintegre a la vida familiar o mientras se resuelven todos los aspectos psicosociales relacionados con la catástrofe. La familia tiene que estar preparada para todos estos momentos que presentará encrucijadas nada fáciles mediante técnicas de orientación familiar.

2.b. En el área de las satisfacciones: la pareja tendrá que recibir ayuda para saber encajar todo lo relacionado con lo que tienen que seguir ofreciéndose mutuamente para la plena satisfacción como miembro de un subsistema tan peculiar: aspectos como los derivados de la confianza, las tensiones normales y las añadidas por la nueva situación, la reafirmación de la confianza, la búsqueda de la felicidad y las perspectivas de futuro . En este plano pueden plantearse programas de intervención en el sentido de verdaderas terapias de pareja que impidan roturas innecesarias.

2.c. En el plano afectivo y sexual: existen repercusiones en la demostración del afecto y en la frecuencia, acuerdo/desacuerdo en el desarrollo de una adecuada vida sexual.

2.d. En cuanto a la cohesión conyugal, valorada en base a la frecuencia y número de acti-

vidades realizadas en común hay que ver como de mantiene o no el nivel de cultivo de aficiones compatibles con la nueva situación, el manejo de ideas estimulantes, la discusión calmada de cuestiones que les afecten y el grado de colaboración que mantienen como antes del suceso traumático.

Es evidente, que de la integración de estas cuatro variables, se va a obtener un índice de ajuste total de la pareja, que marcará caminos para la intervención orientadora o terapéutica con la pareja afectada.

6.3.5. ¿Cómo se lleva a cabo lo que puede hacerse?

Podemos marcar como líneas básicas para la implantación de programas las siguientes:

- Programas de evaluación del sistema familiar. Identificación del estilo de funcionamiento familiar y conyugal antes y después de la aparición del suceso traumático. (estilo afectivo, estilo de apoyo, estilo de autoridad y disciplina, estilo defensivo, estilo educativo, estilo de individuación y apoyo a la identidad personal, estilo interactivo, estilo parental, estilo para la solución de problemas, estilo de contexto estimulante del desarrollo personal.etc).

- Programas de Información: Tendentes a orientar y aconsejar con vistas al fortalecimiento de la familia en las diversas fases del proceso que ha de atravesar:

- Utilización de recursos dentro de la familia los propios recursos latentes, redefinición de la situación de estrés para tolerarse mejor.)
- Utilización de recursos fuera de la familia apoyo de la red social, apoyo en creencias)
- Aceptación de ayuda de otros

- Programas de entrenamiento: adquisición de habilidades para adaptarse a la nueva situación: fases, fuentes de apoyo y recursos. Su finalidad es adquirir habilidades de supervivencia para adaptarse a la nueva situación:

- Entrenamiento para eliminar el estrés
- Entrenamiento para adaptarse al problema mediante la definición que hace la familia del suceso que les afecta.
- Entrenamiento para flexibilizar los límites del sistema familiar y conyugal, ya que la rigidez lleva inevitablemente al aislamiento, centrándose en los afectados.
- Entrenamiento para equilibrar la tendencia a centrarse en el distanciamiento, o en el excesivo apego.
- Entrenamiento para controlar la alta implicación emocional del constructo de la emoción expresada, que puede contribuir a las recaídas o al mantenimiento de los síntomas que se agrupan, entorno al problema central.

- Programas psicoterapéuticos (familia o pareja).

- Controlar la cohesión o forma extrema de proximidad e intensidad de las interacciones y emociones de la familia a partir del hecho traumático.
- Controlar la presencia de la sobreprotección o excesiva preocupación por el bienestar del afectado.
- Eliminar y disminuir la rigidez que mantiene el status quo y que les hace sentirse más vulnerable de lo esperado.
- Ayudarles a eliminar la falta de resolución de conflictos que les conduce a conductas cargadas de mecanismos de evitación, negación de la realidad y desviación del conflicto.

La no eliminación de estas actitudes erróneas, conlleva la cronificación de conductas intrafamiliares, que hacen posible el mantenimiento del conflicto ante la angustia.

También se pueden plantear terapias familiares múltiples, donde varias familias concurren en la misma sesión, y posibilitan los resortes técnicos anteriormente enumerados.

Se pueden plantear programas de rehabilitación Psicosocial, donde se les informe a la familia sobre el estrés que produce la enfermedad, revisar las estrategias de enfrentamiento a la realidad que

viven y una vez visto el impacto del suceso traumático, evaluar los estilos emocionales de respuesta para modificarlos.

6.3.6. Intervención Psicosocial en Familias.

SERVICIOS DE ASESORAMIENTO A LA INFANCIA O A LA FAMILIA

Durante los primeros meses, las tensiones tras el desastre pueden dañar las relaciones familiares. Las parejas a menudo pierden la noción de este hecho, y pueden sentirse dañados o aturdidos al ver que no se llevan bien, o pueden llegar a pensar en la separación.

Por tanto, es tan importante para las parejas el cuidar y arreglar su relación personal como el reparar sus posesiones físicas.

El equilibrio de una relación, si previamente era delicado, puede verse perjudicado más aún por la nueva imagen que los supervivientes adquieren de sí mismos, como resultado de sus acciones. Un hombre, previamente dominado por su mujer, a quien rescató, se encontró con que sus actos heroicos cambiaron esa visión que tenía de sí mismo como una persona pasiva. Empezó a distanciarse de su mujer, mientras que ella dio la vuelta a su antiguo papel, convirtiéndose en una persona encerrada en casa.

Cuando tienen lugar problemas familiares graves, los trabajadores Sociales pueden dirigir a las familias hacia servicios de apoyo orientados a la familia, como las agencias de Servicios Infantiles y Familiares. El asesoramiento familiar es especialmente importante cuando los niños han experimentado tensiones. A causa de las dificultades en la relación de pareja, los padres pueden ser incapaces de dar a los niños el cuidado y la seguridad que necesitan.

Durante los nueve meses que siguieron al Tornado Barrie, treinta niños y sus familias recibieron apoyo y asesoramiento de la Clínica Tamarac para la Orientación Familiar, para los síntomas que iban desde la ansiedad por el clima, hasta desajustes del sueño o de la alimentación, e incluso conductas suicidas, todo ello relacionado con el tornado.

Un año después, Patricia Malane, la directora del programa de la Clínica, escribió un artículo describiendo el papel de su agencia en la prestación de los Servicios Sociales de Emergencia. A causa de la relevancia de la información, hemos reimpreso una parte importante de su artículo.

a) Selección del Personal

La Clínica opera en un período de tiempo medio de espera de tres meses. En consecuencia, no estábamos en posición de prestar una respuesta inmediata cuando se enviaron a la clínica a los supervivientes del tornado. A través de financiación especializada por parte del Ministerio de Servicios Sociales y Comunitarios de Ontario, se contrató a tres miembros adicionales del personal para atender a la necesidad. Estas tres personas eran terapeutas familiares cualificados con experiencia y formación para tratar a las familias.

b) El modelo de asesoramiento

Una orientación orientada a la terapia familiar era compatible con la teoría de la crisis, de usar los recursos propios de la familia para ayudar a los niños, mejor que proveer una terapia individual fuera del ambiente familiar. Esta unidad es más importante que nunca para los niños que han pasado por el período de ansiedad y temor a causa del tornado, y no haber contemplado esto hubiera dañado la capacidad del niño para recuperarse. El problema visible en la amplia mayoría de los casos era la ansiedad ante el clima. Los padres necesitaban aprender cómo responder ante el comportamiento de sus hijos, cuando esa ansiedad se manifestaba en el hogar. Según se pensaba, y después se

confirmó, sería más fácil para los padres el identificar preocupaciones acerca de sus hijos que identificar las suyas propias. Los padres sentían que tenían que ser "fuertes" de cara a la crisis y, debido a que se centraban al principio en las necesidades físicas, tendían a negar las necesidades emocionales y psicológicas propias. Los niños a menudo actuaban como un "barómetro" que reflejaba el clima emocional de la familia. Involucrar a la familia en la terapia ayudó a todos los miembros de la misma.

c) Orientación y formación del personal.

Los terapeutas eran seleccionados durante las dos primeras semanas del proceso planificador y se involucraban en la sesión de formación. La teoría acerca de la crisis familiar era revisada y se leían y debatían los artículos concernientes al impacto psicológico en niños y adultos. Se discutía también acerca de técnicas específicas para intervenir en el sistema familiar, con un énfasis particular en el uso del juego y el arte, con los niños más jóvenes, que no sabían siquiera hablar aún.

Las reuniones de personal se concertaban regularmente durante el período de tres meses iniciales, para dar soporte a los terapeutas y ser un fórum para debatir distintos casos. El personal notaba que esto era de mucha ayuda, ya que ninguno de ellos tuvo experiencias previas en trabajar con familias que habían padecido una catástrofe.

d) Intervención familiar.

Las familias que fueron dirigidas se podían dividir muy por encima en dos categorías. La primera consistía en familias que habían funcionado bien antes del tornado y que ahora experimentaban un período de desorganización y desorden emocional. La segunda categoría englobaba a aquellas familias que ya estaban en tensión antes del tornado, debido a crisis sin resolver tales como conflictos de pareja y problemas de comportamiento infantil. El tornado agudizó esos problemas y destruyó el delicado equilibrio que había previamente. Sólo una cuarta parte del total de las familias entraban en esta categoría.

Nuestra aproximación a las familias era flexible, y lo menos aséptico y clínico posible, en un intento por hacerles llegar la ayuda y normalizar su reacción. Muchos de los miembros de la familia, particularmente los hombres, subrayaban posteriormente, que apreciaban este enfoque y que se habrían resistido a ser tratado como pacientes.

A todas las familias se les ofreció la oportunidad de ser visitados en sus hogares o en los entornos donde vivían en esos momentos. Esto se hacía por dos propósitos: primero como una técnica de compromiso para disminuir la ansiedad al acudir a una clínica de salud mental, y segundo, para dar una valiosa información al terapeuta acerca de la importancia del daño que ha padecido la familia. También daba al terapeuta una oportunidad para ver cómo las familias se enfrentaban a situaciones como el compartir una vivienda, o la pérdida de posesiones. La intervención consistía en:

- Animar a cada miembro familiar a airear sus experiencias
- Normalizar la respuesta emocional o de comportamiento.
- Dar apoyo y animar a los miembros de la familia a escuchar y dar ánimos a los demás
- Unir a unos miembros con otros, como por ejemplo, vecinos que hayan compartido la experiencia.

Los terapeutas notaron que la primera sesión con las familias del tornado era mucho más larga que una sesión familiar normal. Con frecuencia, llevaba dos horas o más el contar las experiencias de cada uno. Para muchos, era la primera vez que hablaban de ello en público, y a menudo era una experiencia emotiva que hacía que se unieran todos un poco más. También era de mucha ayuda para los miembros de la familia el saber que sus sentimientos de angustia, resentimiento, tristeza, desesperanza y ansiedad eran respuestas normales, y que no estaban solos al experimentar tales sentimientos.

En los casos en los cuales toda la familia estuvo

presente durante el tornado, hubo mayor comprensión y apoyo entre los individuos que en los casos en los que algunos miembros de la familia estuvieron ausentes.

A menudo, el individuo que no estuvo presente no apreciaba la necesidad que tenían los que lo sufrieron de contar sus experiencias y sentimientos una y otra vez. También resultó evidente que el miembro de la familia ausente a menudo se sentía culpable de no haber podido estar ahí para ayudar.

La dinámica del duelo estaba presente de una u otra manera en todas las familias. Ayudando a los miembros de las familias a reconocer y trabajar por sus sentimientos, los síntomas gradualmente desaparecían. Mientras se animaba a los niños mayores y los adultos a expresar sus sentimientos, se utilizaba el arte y el juego para ayudar a los más pequeños.

Una vez que los adultos tenían apoyo y habían trabajado durante el proceso, sus patrones anteriores de cómo tratar a los niños surgían de nuevo. En algunos casos, el terapeuta hacía sugerencias para ayudar a los padres a comprender y tratar comportamientos específicos de los niños, como terrores nocturnos, negativa a salir de casa, o ansiedad ante el clima. También se ayudó a los padres a anticipar el resurgimiento potencial del comportamiento del niño en ocasiones significativas, como Navidad, el comienzo del año escolar y el aniversario del tornado.

Las intervenciones para estas familias que habían experimentado problemas antes del tornado fueron más allá del proceso descrito antes para incluir la reestructuración de la familia y la alteración de las relaciones disfuncionales.

El asesoramiento ha probado generalmente ser a corto plazo. Esos casos que han terminado a tiempo tienen una duración de la terapia de 2,5

meses de media. Un poco menos de la tercera parte de los casos permanecen abiertos.

e) Impacto en el terapeuta

Trabajar con estas familias se ha descrito como una experiencia positiva. En la etapa inicial, dio al terapeuta un vehículo a través del cual podía ayudar a las víctimas, y reducir el sentimiento de desamparo que era común en la mayoría de los ciudadanos de la comunidad.

Inicialmente, los terapeutas tenían que ajustarse para dar el servicio a domicilio más que en el entorno más controlado de una clínica. Tenían también que reconocer la naturaleza crítica de este trabajo. Esto significaba potencialmente el concertar sesiones más de una vez a la semana y estar preparados para responder si la necesidad surgía fuera del horario de trabajo, como por ejemplo en una tarde cuando tiene lugar una tormenta.

Al comienzo del programa, los terapeutas no tenían muy claro cuál era el método más efectivo de intervenir, ya que había muy poca literatura al respecto para ayudar. Sin embargo, según pasaba el tiempo y se beneficiaban más familias, había un sentimiento de satisfacción con el trabajo. Las familias se motivaban, se comprometían y tenían la habilidad para resolver sus problemas y volver al equilibrio que disfrutaban antes del tornado. Algunas de las familias más problemáticas usaron esta oportunidad para desarrollar unas relaciones familiares más sanas.

f) Sumario y recomendaciones.

- Nuestra experiencia verifica la necesidad de un asesoramiento orientado a la familia, como parte integral de una respuesta de servicio social tras un desastre.
- Para ser efectivo, el programa debe tener el potencial de ser inmediato y flexible en este método de atender a la familia. Esto tiene implicaciones para la financiación y el personal.

Desde una perspectiva administrativa, es problemático encontrar un personal que esté bien cualificado y con ganas de comprometerse aun con una demanda fluctuante. A causa de la naturaleza errática de la cantidad de personas dirigidas a estos servicios, es difícil que el personal se comprometa. En nuestra experiencia, hubo ocasiones en las que había trabajo suficiente para tres terapeutas, mientras que otras veces sólo había trabajo para uno.

- Es necesario para el cuerpo financiero de los servicios sociales el apoyar el servicio de asesoramiento más allá de la etapa de impacto inicial. Lo que descubrimos es que muchas familias estaban demasiado ocupadas en satisfacer las necesidades básicas de alimentos, ropa y protección inmediatamente después del tornado, como para prestar atención a sus necesidades emocionales. De hecho, cerca de la mitad de las familias se recibieron tras el período inicial de impacto -de seis a ocho semanas -, y una tercera parte permanecían nueve meses después.

- Los terapeutas reputados en la teoría de la crisis, y experimentados en la terapia infantil y familiar fueron capaces de trabajar bien con las familias. Se dieron cuenta de que usar los recursos propios de la familia para dar apoyo y seguridad para todos los miembros era un método efectivo de resolver el impacto emocional del tornado.

El apoyo familiar es clave para la recuperación individual y familiar tras un desastre. La familia extendida puede ofrecer un apoyo emocional más intenso y duradero a los supervivientes, que cualquier otro elemento de la comunidad. Figley informa de que las familias dan el siguiente apoyo básico a los miembros que están en problemas:

- 1• **"Apoyo emocional**, o prestar cuidados, amor, afecto, consuelo, solidaridad, el senti-

miento de que el que nos apoya está de nuestra parte.

2• Estímulo, o el sentimiento de que el que nos apoya nos hace sentir importantes; elogia y cumplimenta.

3• Consejo, o ayuda para resolver problemas; dando información útil, sabe adónde ir por ayuda.

4• Compañía, o una relación social; nos quita los problemas del pensamiento; nos divierte estar con esa persona.

5• Ayuda tangible, o ayuda con tareas específicas tales como préstamos de dinero, transporte, ayuda con los trabajos rutinarios". Las relaciones de los supervivientes con otros miembros de su ámbito social tales como amigos, colegas, compañeros de trabajo o vecinos tendrán también un efecto positivo de amortiguación de la tensión, tanto en la salud mental como en la física.

En algunos casos, las redes sociales y familiares de apoyo pueden necesitar información y ayuda para hacer sus tareas. Los trabajadores que dan la información para conseguir ayuda social pueden asesorar la red de apoyo familiar o individual y reforzarlas si fuera necesario. Las familias que han perdido a varios miembros o a amigos pueden necesitar un apoyo más continuado.

Los trabajadores Sociales también deberían intentar minimizar el desplazamiento de familias y vecinos. Como se apuntó antes, situando caravanas en zonas de alojamiento temporal se consigue que los supervivientes mantengan contacto con vecinos próximos y con amigos.

6.4. Otros modelos aplicables en catástrofes

6.4.1.- Basic ph. Modelo integrativo

Ante las preguntas ¿qué técnica funciona?, ¿con quien?, ¿bajo qué circunstancias?, desde el punto de vista terapéutico, Lazarus a lo largo de los años 60 y principios de los 70, estableció un modelo que vino a llamar **MODELO INTEGRATIVO**, que consiste en una evaluación e integración de la personalidad como producto de las funciones Biológicas, de procesos Afectivos, de Sensaciones, de Imágenes, Cogniciones, Conductas corrientes y relaciones Sociales. Estas siete modalidades se formulan para no adaptar al sujeto a un tratamiento determinado según la formación académica del terapeuta sino que con dicha integración se cubrirán las distintas necesidades del sujeto.

Basándose en este modelo, Lahad, un psicólogo israelí especializado en intervención en situaciones de emergencia, postula el Modelo Integrativo BASIC PH de afrontamiento en dichas situaciones. Parte del concepto de **resistencia**: capacidad de recuperación, por sí mismo o con ayuda de otros a pesar de los obstáculos, problemas o falta de habilidades. Así, a través del manejo de los distintos perfiles (**BASIC PH**), el terapeuta podrá facilitar y fortalecer la capacidad de resistencia del sujeto y ayudarle a encontrar las distintas vías y estrategias de afrontar la adversidad que le haya presentado la catástrofe.

Asimismo, el psicólogo podrá insistir en fortalecer unas u otras dependiendo del caso.

B- Creencias y valores de uno mismo, las esperanzas, la habilidad para ver el futuro, creencias religiosas, creencias del propio control interno, el significado que tiene la vida para cada uno...

A- Los afectos y emociones. Los intercambios que cada sujeto hace con el mundo (con la catástrofe) se basan en el propio mundo emocional.

S- Lo social. La vida social. El rol que cada uno desempeña.

I- Imaginación. Intuición. Creatividad. A través de la imaginación se puede diversificar la atención, dirigirla hacia el uso de mecanismos de distracción, de afrontamiento...

C- Cognición: la realidad, la planificación, el aprendizaje, los datos, la información.

PH- Fisiología: las sensaciones físicas, hábitos sanitarios...

Los canales más importantes a trabajar en la intervención en catástrofes son:

- **El Cognitivo:** dar información adecuada de la situación.
- **El Social:** hacerles ver, convencerles de que no están solos. Fomentar el apoyo social.
- **El Físico:** ayudarles a mantenerse ocupados físicamente.

Además de las ya nombradas técnicas cognitivo-conductuales, algunas técnicas que apoyan la práctica de este modelo son:

Corrección de conceptos erróneos

El afectado puede albergar actitudes o ideas equivocadas acerca de lo ocurrido, el porqué...Dar información es una parte integral de la intervención.

Ensayo de metas o imaginación en enfrentamiento de problemas

El ensayo de metas implica una visualización deliberada y exhaustiva de todos los pasos del proceso. La fundamentación es que la visualización deliberada de sí mismo enfrentando situaciones aumentará la transferencia a eventos reales. Se puede decir al afectado: "si usted practica algo en su imaginación, tendrá un efecto sobre la situación real".

Entrenamiento en autoinstrucciones

Sus propias percepciones, evaluaciones y anticipaciones determinan los procesos de autorregulación; el uso deliberado de frases e ideas positivas y autocreativas puede facilitar un manejo positivo de algunas reacciones disfuncionales.

Expresión de rabia

La expresión de rabia no tiene porque ser un fin en sí mismo. Pero una vez que la rabia es reconocida, puede ser eliminada mediante una discusión racional o canalizada hacia una expresión asertiva apropiada.

La silla vacía

El afectado se sienta frente a una silla vacía que imagina ocupada por una persona significativa (puede ser alguien que haya perdido en la catástrofe a quien no pudo salvar, o alguna persona implicada...) y habla con ese ocupante imaginario. Después es el propio afectado el que ocupa la silla vacía y se transforma en la otra persona. El terapeuta puede hacer sugerencias mientras el afectado asume cualquiera de los roles. Este procedimiento posee insights diagnósticos y tiene una variedad de efectos terapéuticos. En ocasiones, se ha utilizado con familiares de víctimas mortales de emergencias en los momentos precedentes a la identificación de cadáveres.

6.4.2.- Analisis transaccional

B.1 LOS ESTADOS DEL YO

El modelo transaccional parte de una premisa básica: cada individuo tiene tres estados diferentes en su "yo".

El estado **NIÑO** es el Emocional, donde residen las emociones: la alegría, la tristeza, el afecto, el miedo, la ira... " Tengo miedo"

El estado **ADULTO** es el Racional, gracias al cual el sujeto puede hacer un análisis objetivo de la realidad, es la parte racional. " Hay 3 grados bajo cero"

El estado **PADRE** es el Normativo, donde se sitúa el deber, la norma, las leyes, las costumbres, la protección a los demás..." No te preocupes, podrás salir adelante"

Todos tenemos los tres estados y seleccionamos cada uno de ellos de forma no consciente o conscientemente dependiendo de la situación y en función de nuestra personalidad y aprendizaje.

En una catástrofe, cualquier miembro del personal de intervención (ya sea psicólogo u otros) puede tener en cuenta el "estado del yo" que predomina en ese afectado con el que se está interactuando y elegir, a su vez, el más adecuado para comunicarse con él, para que se produzca una buena relación de ayuda efectiva.

Ejemplo:

***Afectado (desde su estado NIÑO):**

"Tengo mucho miedo de que no encuentren a mi madre con vida entre esos escombros"

***Psicólogo (desde sus estados PADRE Y ADULTO):**

"Es lógico que tengas miedo, pero están haciendo todo lo posible con mucha rapidez, no pierdas la esperanza"

En este caso la comunicación que se da entre ambos es complementaria pues si bien el psicólogo no le quita el miedo, al menos "permite" su expresión y le trasmite algo de esperanza. El psi-

cológico intenta proteger(PADRE) y dar información simultáneamente(ADULTO). Con este mismo ejemplo podríamos señalar lo que NO resultaría una comunicación efectiva:

***psicólogo(sólo desde su estado ADULTO)**
"Piensa que hay un 50% de posibilidades"

En este caso el psicólogo sólo está atendiendo a la información racional (Adulto), sin tener en cuenta la emoción (el NIÑO del afectado) ni su propia potencialidad para proteger y reconfortar(estado PADRE).

Tampoco en el siguiente ejemplo se produce una complementariedad en la comunicación:

***Afectado(desde su estado NIÑO):**
"Tengo mucho miedo de que no encuentren a mi madre con vida entre esos escombros"

***Psicólogo (desde su estado NIÑO):**
"No tengas miedo, seguro que está viva"

En este caso el psicólogo está intentando contener la emoción del afectado (NIÑO), pero le está negando la posibilidad real de que aparezca sin vida, es decir, el psicólogo no está atendiendo a la objetividad (ADULTO) ni a su apropiada capacidad de empatizar (PADRE).

Es por tanto necesario que el interviniente, tenga en cuenta los tres "estados del yo" y mantenga actitudes donde integre adecuadamente los tres.

B.2. ESTÍMULOS SOCIALES O CARICIAS

Además de los "estados del yo", el Análisis Transaccional cuenta con el concepto de "caricia" entendido como elemento que subyace en la esencia de las relaciones humanas, facilita la comprensión de muchas situaciones interpersonales y así como el modo de resolverlas, si existe alguna dificultad.

En una situación de emergencia o catástrofe, las "caricias" van a ser fundamentales pues los afectados suelen presentar fuertes necesidades de protección y comunicación.

Las caricias se clasifican en función de cuatro criterios:

1.- Por su INFLUENCIA EN EL BIENESTAR (físico y psicológico)

1.1- Adecuadas: aumentan el bienestar:

"Tranquilo, toma un poco de té caliente para reconfortarte".

1.2.- Inadecuadas: provocan malestar a corto o largo plazo: " No tenías que haber estado en ese lugar tan peligroso entorpecidome"

2.- Por la EMOCION O SENSACION QUE INVITAN A SENTIR:

2.1- Positivas: Invitan a sensaciones o emociones agradables: "Has sido muy valiente"

2.2- Negativas: Invitan a sensaciones o emociones desagradables: " Tu manera de ayudarlo le ha podido traer muchos problemas".

3.- Por los REQUERIMIENTOS O CONDICIONES PARA DARLAS O RECIBIRLAS:

3.1- Incondicionales: se dan o reciben por el mero hecho de ser un ser vivo y existir: " Me alegro mucho de que te encuentres bien después del peligro que has corrido"

3.2.- Condicionales: Se dan o reciben por conductas objetivas (decir o hacer, o no decir o hacer...):" Te felicito por haber sido tan rápido".

4.- Por el MEDIO DE TRANSMISION:

4.1. Físicas o de contacto: táctiles. Son las más potentes.

4.2. Verbales: mediante el lenguaje oral.

4.3. Gestuales: mediante el lenguaje no verbal, a distancia: miradas, gestos...

4.4. Escritas.

6.5. Bibliografía

- AYUSO, J.L. (1988)
Trastornos de Angustia.
Martínez Roca, S.A.
- BAS RAMAYO, F. y ANDRÉS, V. (1994)
Terapia Cognitivo-Conductual de la depresión: Un manual de tratamiento.
Fundación Universidad-Empresa.
- BECK, A. (1984)
Terapia Cognitiva de la Depresión.
DDB.
- CAUTELA, J. R. y GRODEN, J. (1986)
Técnicas de Relajación.
Martínez Roca, S.A.
- BERSTEIN, D.A y BORKOVEC, T. D. (1983)
Entrenamiento en relajación Progresiva.
DDB.
- BONET, T. (1983)
Principios Filosóficos y técnicas de la Terapia Racional Emotiva. Modificación de Conducta Cognitiva, (3), 37-48.
- CARROBLES, J.A.I. (1983)
Análisis y Modificación de Conducta II
UNED, vols.1y 2.
- DAVIS, M., MCKAY, M. Y ESHELMAN, E.R. (1985)
Técnicas de Autocontrol Emocional.
Martínez Roca, S.A.
- DEFONTAINE, J. (1979)
Manual de Psicomotricidad y relajación.
Masson.
- D' ZURILLA, T.J. y GOLDFRIED, M.R. (1971)
Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology., 78, 107-126.
- ELLIS, A. (1980)
Razón y Emoción en Psicoterapia.
DDB.
- ELLIS, A. y HARPER, R.A. (1962)
Psicoterapia Racional Emotiva.
Herrero Hermanos Sucesores, S.A.
- ELLIS, A. y GRIEGER, R. (1981)
Manual de Terapia Racional- Emotiva, Vol. I
DDB.
- ELLIS, A. y GRIEGER, R. (1990)
Manual de Terapia Racional-Emotiva, Vol. II
DDB.
- FEIXAS, G. (1990)
Las Terapias Cognitivas: Introducción Histórica y Perspectivas Actuales.
Revista de Psicoterapia. V, 2-3, 5-30.
- KANFER, F.H. y SASLOW, G. (1987)
Como Ayudar Al Cambio en Psicoterapia.
DDB.
- LABRADOR, F.J. (1992)
El Estrés. Nuevas Técnicas Para su Control.
Temas de Hoy.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1986)
Estrés y Procesos Cognitivos.
Martínez Roca, S.A.
- MAHONEY, M.J. (1983)
Cognición y Modificación de Conducta.
Fontanella.
- MCKAY, M., DAVIS, M. y FANNIG, P. (1985)
Técnicas Cognitivas Para el Tratamiento del Estrés.
Martínez Roca, S.A.
- MEICHENBAUM, D. (1977)
Cognitive-behavior modification: An integrative approach.
Plenum Press.
- MEICHENBAUM, D (1994)
Tratamiento de clientes con trastornos de estrés post-traumático: un enfoque cognitivo-conductual.
Revista de Psicoterapia. V, 17, 5-84.
- MEICHENBAUM, D. (1983)
Supere el Estrés.
Juan Granica Editores. S.A.
- MEICHENBAUM, D y JAREMKO, M.E. (1987)
Prevención y Reducción del Estrés.
DDB.

MEICHENBAUM, D. y TURK, D.C.(1991)
Cómo Facilitar el Seguimiento de los Tratamientos terapéuticos.
DDB.

MONTERO J. M.
1ª.jornadas sobre la Intervención de Psicólogos Militares en Catástrofes.
Cuartel General RCM .Centro Regional de Psicología.

NEZU, A. M. y NEZU,C.M. (1991)
Entrenamiento en Solución de Problemas. En V.E Caballo (comp.), Manual de Técnicas de Terapia Modificación de Conducta.
Siglo Veintiuno Editores, S.A.

RODRIGUEZ M.
Intervención psicologica en catástrofes

SELIGMAN, M.E. (1981)
Indefensión. Debate

VALDES, M. y FLORES, T. (1985)
Psicobiología del estrés.
Martínez Roca, S.A.

VUELA-CASAL, G. y E. CABALLO,
V.(COMPS.) (1993)
Manual de Psicología Clínica Aplicada.
Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

SANTACREU, J. (1991)
El entrenamiento en Autoinstrucciones. En V.E. Caballo (comp.), Manual de técnicas de Terapia y Modificación de Conducta.
Siglo Veintiuno Editores, S.A.

