

1. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS DESASTRES: PRIMERAS AYUDAS PSICOLÓGICAS, RELAJACIÓN, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO Y EXPOSICIÓN DIRECTA¹

Francis R. Abueg

Trauma Resource Consulting & Therapy (USA)

Bruce H. Young

Veterans Affairs Palo Alto Healthcare System (USA)

1. INTRODUCCIÓN

Los tratamientos conductuales para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) han demostrado encontrarse entre las intervenciones más investigadas y más eficaces para un amplio rango de supervivientes de la guerra, violación y abusos sexuales, victimización criminal y accidentes de vehículos motorizados (Foa, Keane y Friedman, 2000; Follette, Ruzek y Abueg, 1999). Con la aparición de investigaciones largamente esperadas sobre la evaluación y tratamiento del trastorno agudo de ansiedad (TAA) –el trastorno clínico predecesor del TEPT durante el primer mes después del trauma- la relevancia y aplicabilidad de los enfoques de la terapia cognitivo conductual (TCC) para el estrés traumático han aumentado aún más. No es sorprendente que los clínicos, los clínicos-investigadores, los responsables de la planificación y los responsables de la salud mental hayan dirigido su atención hacia los métodos y conceptos de la TCC para abordar las complejas y, a menudo, abrumadoras necesidades de la gente que sobrevive a desastres de cualquier tipo, naturales o perpetrados por el hombre, incluyendo los ataques terroristas. La investigación empírica se ha acelerado, lentamente pero con solidez, en el contexto de una serie de recientes catástrofes en el mundo: los ataques a las torres gemelas y al pentágono el 11 de septiembre de 2001, las explosiones de Oklahoma, los ataques terroristas en Madrid el 11 de marzo de 2004, el huracán Mitch y los terremotos de Armenia, El Salvador y Turquía. En diciembre de 2004 un tsunami devastó 12 países en la zona de Asia y está provocando toda una serie de escritos e investigaciones sobre la intervención en salud mental en los desastres.

Debemos reconocer que se han empleado una amplia variedad de técnicas y de paradigmas teóricos con efectos positivos en poblaciones traumatizadas en distintos desastres. Los enfoques farmacológico, interpersonal y de asesoramiento general de

¹ *Capítulo traducido por V. E. Caballo*

apoyo constituyen, probablemente, la mayor cantidad de estrategias no conductuales que han tenido que vérselas con las consecuencias emocionales –relacionadas con el trauma- provocadas por el desastre. Además, hay que señalar que la integración de métodos de distintas escuelas de pensamiento se ha llevado a cabo con éxito en innumerables contextos clínicos, incluyendo a los autores de la presente guía de intervención. Las intervenciones de asesoramiento de apoyo y de trabajo social han dominado el campo de la intervención en crisis durante décadas. Es probable que el modelo más influyente para la intervención en desastres, más allá de la intervención general en crisis, haya sido el modelo del *debriefing*² psicológico (DP), caracterizado principalmente por el *debriefing* del incidente crítico de estrés (DICE) y otras variaciones sobre el tema. Desafortunadamente, apenas si existe alguna investigación empírica sólida que apoye el modelo del DP (Litz, Gray, Bryant y Adler, 2002; Litz, 2003) y unos pocos estudios bien diseñados así como algunas pruebas anecdóticas han sugerido recientemente que el DP como intervención inicial puede ser incluso perjudicial (p.ej., Bisson, Jenkins, Alexander y Bannister, 1997).

En el presente capítulo, revisaremos por qué la TCC constituye una gran promesa para mejorar el sufrimiento de los sobrevivientes a un desastre. Se considerarán algunas discusiones con respecto a la investigación sobre el riesgo y la resistencia (*resilience*) por su relevancia para la mejora de las intervenciones de la TCC y se prestará atención a las precauciones, contraindicaciones y temas de consentimiento informado a la hora de proporcionar este tipo de servicio de salud mental en contextos de castástrofes. Finalmente, sacaremos provecho de los hallazgos en la investigación reciente de la TCC, ampliándola con nuestra experiencia en la utilización directa de estas técnicas y proporcionando directrices para llevar a cabo la intervención en cuatro áreas: 1) la primera ayuda psicológica; 2) las intervenciones de la conciencia plena (*mindfulness*) y con base en la relajación; 3) el entrenamiento en habilidades de solución de problemas/afrentamiento; y 4) la exposición terapéutica directa.

2. ¿POR QUÉ LA UTILIZACIÓN DE LA TCC EN LOS DESASTRES?

² El *debriefing* es una especie de intervención psicológica breve (a veces de una sola sesión) y temprana (con frecuencia inmediatamente después del desastre). Se supone que es una estrategia de prevención, en un intento de que el individuo no progrese hacia un trastorno psicológico grave (p.ej., un TEPT)

Los métodos cognitivo conductuales han desarrollado su relevancia en los contextos de trauma ante el desastre debido, en parte, al creciente número de estudios que muestran realmente su valor en la intervención inicial del trastorno por estrés agudo en víctimas de trauma sin desastre (Bryant y Harvey, 2000). Bryant y colaboradores han sido especialmente influyentes no sólo por esos estudios bien diseñados y realizados, sino porque las conclusiones son exactamente las que esperan aquellos que proporcionan servicios de salud mental en los desastres (SMD): las intervenciones breves de TCC han mostrado una disminución de las tasas de conversión desde el trastorno por estrés agudo (TEA) al trastorno por estrés postraumático (TEPT) totalmente desarrollado. Estos métodos ya han sido formalmente establecidos por comités de expertos nacionales e internacionales como parte de un repertorio esencial durante la segunda fase (es decir, después del periodo del impacto agudo, habitualmente 2 semanas posteriores al acontecimiento) de la respuesta al desastre (National Institute for Mental Health, 2002; World Health Organization, 2005).

Además de la persuasión por parte de la investigación, las intervenciones de TCC se plasman a menudo por escrito, en formato de manual, para sostener la investigación y los esfuerzos posteriores dirigidos a replicar los hallazgos. Una serie de autores han proporcionado directrices de la TCC para el TEPT en forma de manual (p.ej., Foa y Rothbaum, 2001; Resick y Schnicke, 1993) y al menos un libro que resume el rango completo de las intervenciones en el TEPT con base en las pruebas. (Schiraldi, 2000). Richard Bryant dedica un capítulo de su libro “Trastorno por estrés agudo” (*Acute stress disorder*) a aclarar los elementos de las intervenciones que usan en sus estudios (Bryant, 2002; pp. 87-134). Guías bien articuladas para las intervenciones de TCC específicas al desastre son difíciles de encontrar (Abueg, Drescher y Kubany, 1993; Abueg, Woods y Watson, 1999; Young, Ruzek y Ford, 1999). El segundo autor de este capítulo (BY) es el autor principal de una guía operativa para comprender y proporcionar servicios de salud mental dentro del contexto del inicialmente caótico torbellino de organizaciones no gubernamentales (ONGs), de instancias gubernamentales, hospitales y otras instituciones que proporcionan alivio y recuperación. Esta guía (Young, Ford, Ruzek, Friedman y Gusman, 1999) se recomienda enfáticamente a cualquier persona novata o experimentada que intente ofrecer servicios en estas situaciones. Proporciona unos fundamentos adecuados para llevar a cabo en la realidad algunas de las técnicas que se revisan en el presente capítulo.

Notas importantes sobre la seguridad y contraindicaciones

Aunque las intervenciones de la TCC se han empleado con éxito en poblaciones psiquiátricas gravemente deterioradas (p.ej., entrenamiento en habilidades con esquizofrénicos), pacientes con lesión cerebral (p.ej., técnicas de rehabilitación cognitiva) y niños muy pequeños de menos de 5 años, el objetivo de este capítulo no se dirige a estas poblaciones en contextos de desastre. Se espera y se desea que los servicios institucionales y de los hospitales especializados en contextos de desastre estén disponibles para estos tipos de supervivientes; se espera, además, que los investigadores y los clínicos, por igual, sean capaces de estudiar y compartir sus intentos de ayudar a las poblaciones vulnerables que acabamos de mencionar. Debería señalarse también que una pequeña proporción de supervivientes con funcionamiento elevado puede mostrar psicosis reactiva aguda de corta duración o intentos graves de suicidio, incluyendo comportamientos anoréxicos. Debería prevalecer el buen juicio clínico en aras de la seguridad de estos individuos: la hospitalización y la terapia farmacológica pueden ser las líneas de intervención más adecuadas. Con respecto a la aplicación de la TCC con niños, es tranquilizador que prácticamente todos estos tipos de intervenciones de la TCC no sólo se han intentado en contextos de desastre sino que han obtenido resultados positivos (p.ej., Stein, Jaycox, Kataoka et al. 2003; Chemtob et al., 2002). Sin embargo, debido a cuestiones de espacio del presente capítulo, limitaremos nuestra discusión a las intervenciones con adultos que muestran estrés relacionado con el trauma con, al menos, algunos síntomas y señales del trastorno por estrés agudo o postraumático, sin excluir signos de problemas habituales de comorbilidad, como abuso o dependencia del alcohol u otras drogas, depresión y trastorno de pánico.

3. PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA Y PSICOEDUCACIÓN BÁSICA EN LOS DESASTRES

En la fase aguda del desastre, p.ej., dentro de las dos semanas posteriores al impacto, el consenso formal (National Institute of Mental Health, 2002; World Health Organization, 2005) ha confirmado lo que desde hace tiempo ha sido intuitivo, sensato y

prudente: el cuidado de la salud mental debería ser consistente con las necesidades básicas de seguridad, de realojamiento, de reunificación con los seres queridos, de alimentación, de agua y de atención médica (p.ej., tratamiento y prevención de la enfermedad) y constar del apoyo potencialmente menos dañino. El campo ha empezado a utilizar de forma más consistente el término *primera ayuda psicológica* para caracterizar estas intervenciones. Para muchos con experiencia en desastres y para aquellos que tienen práctica en situaciones de violencia o en ayudar a las personas en servicios de emergencia y seguridad pública después de acontecimientos traumáticos, la recomendación será apartarse del típico *debriefing* psicológico (DP). Al contrario que los más minuciosos (a menudo provocadores de narraciones emocionales) métodos del DICE, la primera ayuda psicológica se dirige a confortar, validar, reasegurar y educar en dosis tolerables. En nuestra experiencia, todos estos objetivos son totalmente consistentes con un modelo conductual psicoeducativo; no sólo la intervención mejora el sufrimiento a corto plazo, sino, como hemos alegado en escritos anteriores (véase Abueg, Drescher y Kubany, 1992; Abueg, Woods y Watson, 1996), puede ser una base crítica para identificar a individuos en situación de riesgo, vincular a los supervivientes con otros servicios y proporcionar una sensación de eficacia para no sólo aceptar ayuda sino posteriormente buscar ayuda por ellos mismos.

Las intervenciones psicoeducativas han sido impulsadas por los terapeutas de conducta durante al menos tres décadas (véase Goldstein y Foa, 1980) en una amplia variedad de individuos con trastornos clínicos que van desde los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, los trastornos de la personalidad y poblaciones forenses, hasta los trastornos del desarrollo y los daños neuropsicológicos. Estas intervenciones implican el informar al individuo afectado y a su familia del inicio y curso del trastorno, de los aspectos fenomenológicos de experimentar síntomas específicos relativos al trastorno psicológico, y de los medios rudimentarios para manejar los síntomas, que implican métodos conductuales y cognitivos. A menudo, un componente importante de la correcta psicoeducación es ayudar al paciente a darse cuenta del curso de los síntomas esperados, incluyendo el empeoramiento, lo que podría requerir una consulta presencial con un profesional.

Los elementos de la primera ayuda psicológica deberían incluir tantos aspectos de los que se describen a continuación como sea posible llevar a cabo, listados en orden de importancia. En primer lugar, se deberían vigilar las necesidades de nutrición y salud; los supervivientes necesitan saber o que se les recuerde el hecho de que el shock

traumático y el entumecimiento emocional pueden llevar a graves perturbaciones en el cuidado de uno mismo. Pueden ser de utilidad afirmaciones como “No es raro que los supervivientes se olviden de comer o pierdan igualmente el apetito, especialmente después de semejante conmoción”. Los clínicos de los servicios de SMD deberían llevar a cabo una detallada observación de las prácticas de comer y beber y el acceso a la salud mental, especialmente en contextos en los que los recursos se han deteriorado gravemente (p.ej., realojamiento en tiendas de campaña o en refugios de emergencia). Algunos supervivientes serán incapaces de prestar atención a las lesiones y realizarán comportamientos irracionales y potencialmente amenazadores para la vida, como beber agua sin tratar en áreas con riesgo de contaminación.

En segundo lugar, el conectar al superviviente con los recursos apropiados no sólo aumenta la supervivencia y la vuelta futura a la normalidad, sino que establece las bases para un tema esencial del trabajo de la TCC: aumentar la autoeficacia y el control percibido. La confusión de los servicios de socorro puede ser mareante para los propios sujetos que proporcionan los servicios, sin contar con la víctima que tiene necesidades extremas. “¿Sabes dónde se encuentra tu familia?”, “¿Sabes que cumples los requisitos para optar a una de las ayudas de realojamiento por parte del gobierno? El ayudar a los servicios de reunificación familiar y el acompañar y dirigir al superviviente en los trámites burocráticos son ejemplos de las primeras ayudas psicológicas. El terrorismo químico y biológico presentan retos únicos a los servicios de SMD: pueden aparecer síntomas de enfermedades físicas que simplemente no son diagnosticables o no se han observado previamente. En respuesta a enfermedades epidémicas que no se pueden explicar a nivel médico, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005) sugiere que “pudiera ser preferible evitar la sugerencia de que ‘no hay nada que esté mal’ o que el episodio es solamente de origen psicológico o sociológico, porque eso invalida la experiencia de las personas y una forma que la gente tiene de demostrar que algo está mal es seguir estando enfermo” (WHO, 2005, citando a Bartholomew y Wessely, 2002). El proporcionar acceso a fuentes creíbles de información constituye, en general, un elemento clave para ayudar al superviviente a manejar las necesidades propias y las de su familia.

En tercer lugar, la validación del rango de respuesta emocional puede darse listando y describiendo posibles síntomas. El buen juicio intentará “graduar” la profundidad o los detalles de esta información descriptiva para la audiencia. El sufrimiento por la pérdida de seres queridos, del hogar o de un barrio entero es

totalmente comprensible para la mayoría de las personas legas. Sin embargo, lo que es sorprendente es la intensidad de estas reacciones, bien sean experimentadas personalmente u observadas en otros. “Llorar puede sentirse a veces como algo incontrolable. Otras veces puedes sentirte anestesiado o como si te encontraras en un sueño o una película”.

El conjunto tripartito de los síntomas de TAA/TEPT habitualmente es esclarecedor para la mayoría de los supervivientes. En nuestra experiencia, las víctimas de un desastre se encuentran, a menudo, sorprendidas y perturbadas al volver a experimentar los síntomas y, aún así, están aliviadas al reconocer la descripción de estos elementos como parte de su propia experiencia o la de los seres queridos. Los siguientes ejemplos ilustran cómo pueden describirse estos síntomas.

El estrés postraumático a menudo implica algunos síntomas que pueden caer en una de tres categorías: reexperimentar, evitar y presencia de ansiedad excesiva (“hiperactivación”). En primer lugar, los problemas de la reexperimentación pueden afectarte durante el día o por la noche. Durante las horas de vigilia, podrías pensar constantemente sobre el desastre, ver u oír visiones o sonidos reales de tu trauma o incluso sentir que estas experimentando en la realidad todo el trauma de nuevo. Las cosas que te recuerdan la experiencia traumática pueden causar también una gran cantidad de ansiedad o de temor. Tu sueño puede verse afectado por pesadillas sobre el acontecimiento o sobre asuntos perturbadores relacionados.

Un segundo tipo de problema es la evitación, lo que implica el intento de permanecer alejado de los estímulos que te recuerdan al trauma. Esto puede ocurrir sólo en tus pensamientos; es decir, el intento de evitar pensar sobre lo que sucedió es una forma de controlar los propios sentimientos. La evitación puede afectar tu manera habitual de sentir: cosas que anteriormente eran agradables o interesantes pueden dejar de serlo. A veces es difícil sentir algo, como si estuvieras desapegado o anestesiado. El problema más típico es el querer apartarse de situaciones o lugares de la realidad que te recuerden las peores partes de tu experiencia. A menudo esto es poco práctico o imposible debido al impacto tan global del desastre.

En tercer y último lugar, la ansiedad excesiva o hiperactivación es una reacción habitual al estrés extremo. Esta es una señal de cómo tu cuerpo y tu mente están intentando adaptarse ante la amenaza a tu seguridad. La ansiedad, tensión e irritabilidad pueden ser los únicos sentimientos que tienes. Podrías sentirte constantemente a la defensiva, como si tu o tu familia estuvierais todavía en riesgo. Puedes tener un nivel elevado de tensión que haga que tu sueño sea irregular o que sea tan ligero que no te sientas descansado.

Adaptación versus trastorno. Hemos encontrado muy útil compartir la distinción entre lo que es la adaptación normal, que implica aflicción y los síntomas anteriores del estrés traumático a corto plazo, y los problemas de gravedad moderada o discapacitante. El

proporcionar un simple concepto heurístico a la hora de considerar atención profesional adicional puede ser descrito como sigue:

La evitación, los problemas de sueño o los pensamientos persistentes, por ejemplo, que duran más de dos semanas o que interfieren con el funcionamiento cotidiano pueden necesitar más atención. La mayoría de los individuos ven que sus problemas desaparecen con el tiempo. En el caso de una parte de las personas que no mejoran con el apoyo de la familia, de los amigos o de la comunidad, sabemos que hablar con un asesor puede proporcionar alivio y evitar que estos problemas se conviertan en un trastorno totalmente desarrollado, una condición que es muy incapacitante. Si no estás seguro de lo serios que son tus problemas, acude a un profesional de la salud mental, por favor.

Las preocupaciones por el cuidado de los niños y sobre “qué decirles” a los más pequeños son a menudo preocupaciones importantes para los padres. Pueden ayudar las frases que les tranquilicen, el normalizar las reacciones emocionales extremas y el informar a los supervivientes que la mayoría de la gente experimenta muchos de esos sentimientos; al mismo tiempo, se puede decir a los supervivientes que “la mayoría de la gente experimentará una disminución o desaparición de estas emociones dolorosas e intensas”. El conocer las necesidades básicas de la población de supervivientes puede ayudar a adecuar estos mensajes educativos: en el caso de la explosión de las bombas en la embajada de los Estados Unidos en Nairobi, por ejemplo, los servicios sanitarios conocían el elevado porcentaje de mujeres embarazadas que fueron víctimas de la explosión y los mensajes informativos se dirigieron directamente a sus temores específicos y a las necesidades médicas posteriores al trauma (Njenga, Nyamai, Woods et al., 1999).

En cuarto lugar, se puede informar a los supervivientes sobre lo que les podría colocar en una situación de mayor riesgo con respecto a problemas emocionales futuros y que una breve ayuda ahora puede mejorar su funcionamiento más tarde. Esta clase de información puede sacar una gran ventaja a partir de nuestro cada vez mayor conocimiento sobre los factores de riesgo con respecto a la psicopatología (p.ej., Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2002; Brewin, Andrews y Valentine, 2000). Los mayores predictores de problemas posteriores son la exposición extrema a la pérdida de la vida y de los propios recursos, un trastorno o síntomas psiquiátricos previos, elevados niveles de disociación durante o justo después del trauma (“disociación peritraumática”), supervivientes infantiles y de mediana edad (entre 40 y 60 años), e individuos con experiencias traumáticas previas sin resolver (véase Watson

et al., 2001). Se ha encontrado que la despersonalización, la desrealización y la amnesia durante e inmediatamente después del trauma predicen síntomas de estrés postraumático posteriores (Marmar, 1997). Un estudio mostró que los síntomas medidos una semana después del trauma predecían la sintomatología 5 meses más tarde (Shalev et al., 1996). Instrucciones específicas relacionadas con estos riesgos a menudo se muestran beneficiosas para la conducta de búsqueda de ayuda por parte de la víctima: “Si te sientes como si hubieras pasado por un estado de no ser tú mismo, anestesiado o “bajo neblina” durante un buen porcentaje de tiempo durante las dos últimas semanas o más, considera la posibilidad de hablar con uno de los profesionales de la salud mental para un cribado o una evaluación más detallada”.

En situaciones de desastre, estas intervenciones basadas en la información pueden también realizarse a través de los medios de comunicación, por medio de canales institucionales y gubernamentales, a través de escuelas, corporaciones y organizaciones con base en la comunidad. El contexto ideal, en nuestra experiencia y en recientes recomendaciones sobre las mejores prácticas formales, ha sido el de proporcionar información en grupos o en sesiones individuales. Intervenciones comunitarias sistémicas dirigidas a comportamientos de salud han proporcionado modelos interesantes para el cambio de conducta. La información relativa a los desastres continúa siendo la mejor forma de preparar al individuo y a sus familias *antes* de un desastre: el objetivo implica, de forma explícita, la atenuación del impacto global de la devastación por medio de planes de preparación y recursos de alojamiento (p.ej., un plan contra el desastre en el lugar de trabajo, una red telefónica para la transmisión de la información, cómo contactar con el personas de los servicios de emergencia) durante la embestida de una catástrofe y sus secuelas. *Después* del impacto del desastre, la información proporcionada a los empleados en el lugar de trabajo, cuando la infraestructura se mantiene funcional, ha demostrado ser un método eficiente de información posterior al desastre. Se describe la anécdota siguiente como un ejemplo prototípico de una intervención de primera ayuda psicológica, de orientación conductual, llevada a cabo por un profesional de la “salud mental en los desastres” (SMD) que fue enviado a un refugio construido para albergar a víctimas de un incendio forestal cuyas casas fueron destruidas varios días antes.

Al ver a una mujer de mediana edad sentada sola y mirando en la distancia a una cama de campaña, el profesional se acercó a la mujer.

Profesional de SMD: “Hola... no pude evitar fijarme en que está sentada aquí sola y teniendo alguna preocupación. ¿Se encuentra bien? ¿Quiere que le traiga alguna bebida fría?”

Mujer: “Estoy bien... ¿quién es Vd.?”

Profesional de SMD: “Me llamo Carlos. Formo parte de un pequeño grupo de profesionales de la salud mental bajo la autoridad autonómica que está intentando ver de qué manera puede proporcionar ayuda teniendo en cuenta la cantidad de cosas con las que se tiene que enfrentar la gente que ha perdido su casa. ¿Cuánto tiempo lleva aquí?”

Mujer: “Llegué ayer por la tarde cuando me impidieron volver a mi casa. Bueno, realmente no quedaba nada de la casa a la que pudiera volver, según me dijeron”

Profesional de SMD: “Lo siento. Tiene que haber sido muy duro saber que no puede volver a su casa”

Mujer: “En realidad sigo todavía en un estado de *shock*”

Profesional de SMD: “No me sorprende”

Mujer: “Parece todo tan irreal. Sólo tengo ganas de distanciarme de las cosas. No quiero comer, no quiero estar con la gente. Me siento mal en mi interior”.

Profesional de SMD: “Siento mucho que esté pasando por esto. Otras personas con las que he hablado en estos días han contado que todo parece surrealista, que es difícil creer que haya sucedido. ¿Cuándo fue la última vez que comió?”

Mujer: “Creo que comí algo anoche”

Profesional de SMD: “O sea, ¿que no desayunó ni comió hoy?”

Mujer: “No”

Profesional de SMD: “¿Ha tomado alguna bebida?”

Mujer: “No”

Profesional de SMD: “¿Bebería algo de agua si se la trajese?”

Mujer: “Sí, supongo”

El profesional de SMD lleva a la mujer un vaso de agua y un bocadillo preparado obtenidos en el área de alimentación.

Profesional de SMD: “Aquí tiene el agua y me gustaría verla comer este bocadillo. Incluso aunque no tenga hambre, es importante que coma. No comer o no tomar líquidos únicamente sirve para empeorar las cosas”

Mujer: “No lo ha entendido, no quiero comer”

Profesional de SMD: “¿Dónde quiere que me siente? (Toma una silla). ¿Cuánto tiempo vivió en su casa?”

Mujer: “10 años”

Profesional de SMD: “Eso es mucho tiempo. ¿Alguna de sus amigas perdió su casa?”

Mujer: “No”

Profesional de SMD: “Está en contacto con familiares, parientes o amigos que puedan ayudarla”

Mujer: “No tengo contacto con mi familia”

Profesional de SMD: “¿De veras? ¿Se peleó recientemente o hace tiempo?”

Mujer: “Fue hace mucho tiempo. Realmente nunca tuve una relación estrecha con nadie cuando estaba creciendo”

Profesional de SMD: “Intento respetar su privacidad, pero parece como si viviera su vida sin amigos ni familia”

Mujer: “Necesito que sea así”

Profesional de SMD: “¿Qué quiere decir?”

Mujer: “No me siento cómoda cuando estoy con gente y eso ha sido así durante mucho tiempo. No me fío de la gente. La mayoría de la gente me parece exasperante”

Profesional de SMD: “He oído lo mismo de otras personas que fueron abandonadas por alguien en quien confiaban o que querían. No sólo que les abandonaron, sino que les hirieron profundamente”

Mujer: “El hecho es que mi padre abusó sexualmente de mí cuando era una niña y cuando intenté obtener ayuda nadie me creyó. Recuerde que eso fue hace 30 años y que vivía en un área rural. Pienso que los niños obtienen más ayuda hoy día”

Profesional de SMD: “Oh... lo siento... eso explica el hecho de que tenga tanto cuidado en quién va a confiar. Su infancia fue más dura de lo que suponía, se ha mantenido alejada de los demás siendo adulto y ahora este incendio. En el fondo es una verdadera superviviente. ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de

ayuda profesional, como, por ejemplo, terapia para lo que le sucedió de niña y que le ha seguido afectando como adulto?”

Mujer: “No... lo había relegado al olvido, pero al perder mi casa en el incendio, soy más consciente de ello... los sentimientos de inseguridad... no tener un sitio... me recuerda cuando era niña, cuando me sentí también como si no tuviera un sitio”

Profesional de SMD: “Sí, puedo ver cómo las dos experiencias están conectadas. Existe un movimiento de apoyo cada vez mayor para los supervivientes adultos de abusos infantiles.

Ha sido muy resistente, pero merece que la crean, contar su historia, que la oigan y la comprendan, especialmente otras mujeres que abusaron de ellas cuando eran niñas. La pérdida de su casa y sus bienes es por sí misma suficiente para sobrepasar a cualquiera... pero el estrés añadido de tener una historia de abusos, desde mi punto de vista, es demasiado para que cualquier persona lo pueda manejar sola. Pienso que le sería de gran ayuda que alguien le ayudase durante el proceso de recuperación... que le ayudase a encontrar los formularios correctos, los lugares adecuados donde ir, que le ayudase a manejar los asuntos burocráticos. ¿Aceptaría esta clase de apoyo?”

Mujer: “¿Quién lo proporcionaría?”

Profesional de SMD: “Durante las próximas dos semanas, serían miembros del equipo al que pertenezco. Con mucho gusto telefonaría para ver si la Cruz Roja está ofreciendo una ayuda más prolongada”

Mujer: “No estoy segura. Me siento bien con Vd., pero no estoy segura de estar con un montón de gente con la que tengo que hablar y que no conozco”

Profesional de SMD: “Lo entiendo... especialmente cuando tenga que contar a diferentes personas lo mismo una y otra vez. Me gustaría asegurarle que los hombres y mujeres que componen nuestro equipo son muy profesionales y amables. ¿Sería diferente para Vd. el hecho de que yo fuera un hombre o una mujer?... ¿preferiría una mujer que la apoyase?”

Mujer: “Lo preferiría, pero si Vd. fuera capaz de formar parte de ese apoyo se lo agradecería”

Profesional de SMD: “Bien. Podemos arreglarlo para que haya una mujer y yo mismo ayudándola. Necesitamos ayudarla con respecto a sus necesidades más inmediatas, recordándola especialmente que coma e ingiera líquidos, pero, en algún momento, el hacer solicitudes sobre grupos de apoyo posiblemente la beneficiaría. Pero vayamos por pasos. Tengo hambre. ¿Le gustaría comer un bocadillo conmigo? ¿Puedo traerla un poco más de bebida?”

El profesional de SMD trata de romper el hielo para empezar un vínculo y luego proporciona una explicación razonada para hablar con la mujer y otras personas del refugio. La mujer reconoce rápidamente el malestar al saber que ha perdido su casa y el

profesional de SMD normaliza las reacciones de *shock* y desconfianza de ella. En cada oportunidad, el profesional de SMD parece validar la experiencia emocional de la mujer.

El profesional de SMD se entera de que la mujer está teniendo problemas para comer e inmediatamente se ofrece para traerle comida y bebida. Ella no parece mostrar ninguna señal de deshidratación u otros efectos dañinos y, por lo tanto, no parece necesitar una atención médica inmediata. Cuando el profesional de SMD anima a la mujer a comer el bocadillo, encuentra resistencia y cierto malestar, ya que la mujer piensa que el profesional de SMD no comprende el grado de su conmoción. El profesional de SMD disminuye la presión percibida buscando formas de aumentar la sensación de control de la mujer: preguntándole dónde quiere que él se siente. Este ayuda a volver a centrar su atención haciéndola una pregunta sencilla: “¿Cuánto tiempo vivió en su casa?”

El profesional de SMD explora la calidad del sistema de apoyo social de la mujer y ella revela de forma espontánea que ha sido víctima de abuso sexual infantil hace treinta años. La respuesta del profesional de SMD a esta importante y convincente revelación es perfilada por las limitaciones del tiempo. En los Estados Unidos, la respuesta de emergencia de las ONG implica habitualmente a equipos que intervienen durante dos semanas cada vez; una única interacción puede durar habitualmente desde unos pocos minutos hasta media hora como mucho. El profesional de SMD valida el sufrimiento prolongado de la mujer, reenmarca su sufrimiento como resistencia, valida su percepción respecto a los sentimientos de inseguridad que afloraron, valida su afrontamiento basado en la evitación y, al mismo tiempo, intenta ayudar a la mujer a solucionar sus problemas más inmediatos. El profesional de SMD ofrece seguimiento, un apoyo específico y está dispuesto a dar un apoyo continuo de seguridad a través de un organismo que presta este tipo de ayudas. Además, el profesional de SMD continúa buscando formas de fortalecer a la mujer y ayudarla a sentirse más segura preguntándole si prefiere trabajar con una mujer o con un hombre. Cuando la mujer expresa ambivalencia sobre aceptar o no la ayuda, el profesional de SMD valida la ambivalencia, pero se comporta de forma directiva, siguiendo adelante con lo planificado.

4. INTERVENCIÓN CON RELAJACIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD, SU MANEJO Y SU EMPLEO COMO HABILIDAD DE AFRONTAMIENTO

El entrenamiento en relajación se ha convertido en una habilidad fundamental para las intervenciones de TCC y es atractiva para el profesional de SMD por muchas razones. Una de las más importantes para su extendida utilización en situaciones clínicas es su demostrada eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad: TEPT, pánico, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo. La técnica la aprenden fácilmente los pacientes. Además, puede entrenarse a los clínicos, paraprofesionales y personas no clínicas de todos los niveles de educación para que ofrezcan entrenamiento en relajación en situaciones de desastre de todos los tipos, especialmente cuando el personal dedicado a los desastres, a la clínica o a la salud está sobrecargado o no se encuentra disponible o cuando existe un riesgo psiquiátrico o físico para el mismo.

Los que utilizan la TCC reconocerán rápidamente hasta qué punto intervenciones más complejas relativas al trauma dependerán realmente de la capacidad del paciente para reconocer el aumento de su tensión corporal, incluyendo los correlatos tanto viscerales como cognitivos de dicha tensión. La investigación en el tratamiento del trastorno de pánico indica claramente el poder de aumentar la capacidad de afrontamiento percibido por medio de la reducción de la ansiedad –específicamente utilizando técnicas de relajación y respiración– frente a estímulos temidos reales y anticipados (Barlow y Cerny, 1988). En el caso de la exposición terapéutica directa, las habilidades de relajación proporcionan una medida añadida de seguridad para la práctica de la exposición prolongada en presencia de un clínico, que puede durar hasta 20 ó 30 minutos por prueba de exposición (véase la sección dedicada a la exposición terapéutica directa más adelante).

Hemos utilizado las instrucciones siguientes en prácticamente toda situación de desastre en la que hemos intervenido y con todo tipo de individuos, jóvenes y mayores, legos y profesionales. Esas directrices están subdivididas en cuatro secciones: la escala de las unidades subjetivas de ansiedad (USA) y el reconocerlas en el propio cuerpo; ayudar a determinar la idoneidad de la intervención junto con afirmaciones preventivas (la relajación instigada por la ansiedad, la necesidad de tener los ojos cerrados y la tendencia a disociar); la relajación muscular progresiva; y la intervención de retener y soltar la respiración.

Unidades subjetivas de ansiedad (USA). En el siguiente ejercicio, me gustaría que observase cualquier tensión corporal. Cuando nos sentimos ansiosos o tensos, habitualmente el cuerpo nos manda señales sobre ese tipo de sensaciones. Algunas personas pueden sentir que sus hombros están tensos o elevados forzosamente, que la mandíbula está apretada, que la zona del pecho está tensa. Otros pueden sentir la presión de un dolor familiar en la parte baja de la espalda, en las sienes o en la frente, o bien sentir opresión en los pies. Otras señales de ansiedad pueden encontrarse en la forma en la que respiras: puede ser poco profunda, como si no estuvieras consiguiendo aire suficiente, o bien la respiración puede ser demasiado rápida. Pueden desencadenarse los pensamientos correspondientes y aparecer entonces sentimientos y pensamientos de malestar, intranquilidad o preocupación. Cualquiera que sea el sentimiento, sólo voy a pedirte que te des cuenta del estado global de tu cuerpo y de tu mente. Me gustaría que pensaras en una escala de 1 a 10, siendo el 1 el mayor estado de relajación y de tranquilidad que has sentido nunca, y el 10 la mayor tensión o presión que tu cuerpo ha sentido. Date cuenta cómo se encuentran ahora tu cuerpo y tu mente, ¿qué número les darías? Denomina a esta escala como la “Escala de las unidades subjetivas de ansiedad” o USA y te preguntaré por tu evaluación de manera intermitente, conforme vas aprendiendo esta técnica de relajación.

Las siguientes instrucciones preventivas son útiles en las situaciones de desastre debido al problema habitual de la distracción, por no hablar de una clara sintomatología disociativa. La idea de fijar la mirada y fijar el cuerpo por medio de autoverbalizaciones orientativas está tomado directamente de las intervenciones con pacientes que padecen trastornos disociativos (p.ej., Kluft, 1996).

Si has tenido alguna vez una experiencia negativa con la meditación, la autohipnosis o el entrenamiento en relajación, házmelo saber, por favor. Te voy a pedir que cierres los ojos si estás cómodo/a haciéndolo durante los siguientes 20 minutos de práctica de la relajación. Algunas personas podrían experimentar que sus pensamientos se suceden muy rápido o que las imágenes que aparecen en su cabeza son muy perturbadoras cuando cierran los ojos. Si crees que tienes este problema, puedes simplemente fijar tu mirada en algún punto del suelo. Recuerda no preocuparte si tu mente empieza a divagar. Esto es frecuente: simplemente centra tu atención en las instrucciones; si aparece algún pensamiento doloroso o perturbador, mucha gente encuentra útil el darse cuenta de la posición de su cuerpo en la silla o el decirse a sí mismo, “Está bien, estoy sentado aquí y puedo empezar a estar aquí y seguir lo que está pasando en estos momentos”.

Las instrucciones siguientes proporcionan una explicación razonada para el superviviente: el entrenamiento en relajación es, a la vez, un método para manejar los picos de la ansiedad y la tensión –una habilidad para el manejo de la ansiedad– y una forma general de afrontamiento que puede convertirse en un ritual y tener efectos beneficiosos y globales sobre la salud mental y el afrontamiento generales. Hay que

darse cuenta que hemos modificado a propósito muchas de estas técnicas para incorporar el lenguaje de aceptación y centrarse en el momento actual, una tendencia bienvenida en escritos actuales sobre la TCC (véase Hayes, 2002).

Cuando sientas que tu cuerpo se está tensando y te des cuenta de ello, puedes empezar a respirar de forma más consciente y utilizar estas técnicas para disminuir deliberadamente la tensión. Puedes hacerlo casi en cualquier momento y en cualquier lugar. Si, cuando tensas, eres capaz de hacerlo al menos con dos o tres grupos importantes de músculos (cabeza, hombros y pecho o bien pecho, brazos y piernas) y empleas un mínimo de 10 minutos centrándote en tensar y relajar los músculos mientras respiras, es probable que experimentes beneficios inmediatos en términos de la reducción de las USA. Creemos también que la relajación muscular progresiva es una forma estupenda de cuidar de uno mismo. Si eres capaz de realizar el ejercicio de relajación total –la versión de 20 minutos– cada día como una forma rutinaria de sentir que tu cuerpo se tranquiliza, te darás cuenta de que la relajación se vuelve más profunda, tu ansiedad general en otros momentos puede ser menos intensa y la sensación global de sentirte con el control de tus emociones puede mejorar. Hemos encontrado que la gente se aficiona a contemplar el nivel de tensión de su cuerpo y puede llegar a condicionarse para que, recordando la sensación de relajación, sienta casi instantáneamente una disminución de la tensión.

Para empezar, me gustaría que te centraras en los músculos de la frente y el cuero cabelludo. Cuando cuente tres, me gustaría que tensaras los músculos de la frente frunciendo el ceño y arrugando la frente. Se tensará pero sin llegar a doler, sin llegar a un 100% de tensión. Uno, dos, tres: tensa esos músculos... bien. Observa la tensión muscular, dónde se encuentra y cómo se siente. Ahora suéltala. Afloja y suaviza esos músculos y siente la diferencia. ¿Puedes sentir el cambio? Recuerda respirar de forma regular todo el tiempo. Me gustaría que te centraras en los músculos de alrededor de los ojos y de las mejillas. Cuando cuente tres, me gustaría que cerrases los ojos con fuerza, como si intentaras que no entrase nada de luz. Uno, dos, tres: tensa los músculos de alrededor de los ojos y de las mejillas. Bien. Observa como tu atención se centra únicamente en esta área de tu cuerpo. Ahora deja que se vaya toda esa tensión de alrededor de los ojos. Relájala y siente la diferencia. Es fácil permanecer en ese estado, observando como el cuerpo va cambiando poco a poco, cada vez más relajado. Recuerda la respiración. Me gustaría que dirigieras tu atención a los músculos de la mandíbula y del cuello. Cuando cuente tres, me gustaría que apretases la mandíbula y sintieras la tensión en el cuello y la parte baja de la cabeza. Uno, dos, tres: tensa esos músculos. Bien.

(Repetir el procedimiento para los siguientes grupos de músculos: hombros [alza los hombros como si te fueras a tocar las orejas, luego suelta]; brazos [incluye la parte superior e inferior de los brazos en el ejercicio de tensión y relajación]; manos [recuerda que no se quiere que las tenses en exceso, luego las sueltas]; pecho [tensar la cavidad torácica y luego soltar]; área del estómago y parte baja de la espalda; músculos de los muslos; pantorrillas; y

pies [tensar los pies puede dividirse en dos partes: apuntando hacia el techo y soltando y apuntando hacia el frente y soltando])

Alternativa o adjunto a la relajación: mantener/soltar la respiración y el centro de atención

A algunas personas les gusta tener formas adicionales de relajarse a lo largo del día y la investigación apoya también un par de maneras diferentes de hacerlo. Esta técnica se llama control de la respiración o técnica de soltar el aire. Es posible hacerlo de manera cómoda, sin ser consciente de uno mismo, especialmente en lugares públicos. Ello implica inhalar profundamente, imaginarse que se agrupa cualquier tensión de tu cuerpo, luego mantenerla durante algunos momentos, contar uno, dos, tres, cuatro [mostrar al sujeto]. Luego soltar lentamente la respiración, dejando escapar cualquier tensión acumulada en el cuerpo. ¿Te gustaría intentarlo? Cuando cuente tres, me gustaría que inspiraras profundamente. Uno, dos, tres... inspira. Imagina que agrupas toda la tensión de tu cuerpo. Bien. Mantenla, uno, dos, tres, cuatro. Ahora suelta el aire y la tensión de tu cuerpo suavemente, lentamente, dejando que se vaya escapando de tu cuerpo.

Observa tu cuerpo tal como sería un ritmo natural de respiración [repite el procedimiento 6 ó 7 veces, entrelazando los ensayos con una vuelta a la respiración normal, acompañada de verbalizaciones de eficacia o aceptación como] “Date permiso para darte cuenta de este momento de relajación y alivio. Esta es la forma en la que cuidas de tí mismo en estos momentos. Una forma natural de ser amable y gentil contigo mismo”.

5. INTERVENCIONES EN AUTOEFICACIA Y ACEPTACIÓN/CONCIENCIA PLENA

Hemos encontrado una gran utilidad clínica al prestar atención al constructo de la autoeficacia y al establecimiento de objetivos cercanos, ideas provenientes de la teoría del aprendizaje de Albert Bandura (Bandura, 1971) y de adaptaciones realizadas por otros autores para la intervención, principalmente en el terreno del trauma, como Donald Meichenbaum (2002). Al enfatizar realizaciones pequeñas, fácilmente observables, en los supervivientes de un desastre, hemos encontrado formas no sólo de elogiar pequeños comportamientos y cogniciones de cuidado de uno mismo, sino que hemos descubierto maneras de ayudar a las víctimas a obtener significado de situaciones catastróficas de desesperanza, aparentemente sin sentido. Por ejemplo, la idea de buscar ayuda en salud mental es una habilidad nueva para la mayoría de los supervivientes de un primer desastre. Las interacciones breves con el personal de salud mental en desastres pueden convertirse en momentos críticos de inflexión sobre cómo una persona

percibe a la profesión y si continuarían buscando contactos adicionales. Las indagaciones con respecto a la autoeficacia son más provechosas si se plantean como comportamientos inminentes y muy específicos. Por ejemplo, la pregunta “¿te sientes con seguridad para dar el siguiente paso de rellenar estos formularios oficiales tú mismo?” no sólo muestra sensibilidad hacia un individuo con baja seguridad en sí mismo, sino que moldea también el establecimiento de objetivos y la solución de problemas.

En segundo lugar, y posiblemente de mucha mayor importancia, es mostrar cómo el darse cuenta del aquí y ahora y una profunda y permanente aceptación de uno mismo y de los demás, puede proporcionar una nueva forma de construirse a sí mismo y al lugar que uno ocupa en el mundo, especialmente en el contexto de un acontecimiento amenazante para la vida. En vez del enfoque tradicional de la terapia cognitiva, en donde el objetivo es cuestionar los pensamientos irracionales, sería mejor conceptualizar al objetivo como una forma de vivencia que está menos asociada a un resultado específico y más a una consideración, un respeto y una compasión minuciosos hacia uno mismo y hacia los demás. Para mucha gente, el trauma y la pérdida repentinos pueden proporcionar, de forma espontánea, un comienzo de una manera nueva y fresca de construir el mundo. Algunas cogniciones saludables, que a menudo se describen espontáneamente son, p.ej., “El huracán me está haciendo comprender lo que realmente importa”, “Me doy cuenta de que las víctimas de este desastre son como yo –nadie es ya un extraño”, “La vida siempre ha sido así de frágil y esto fue sólo una llamada de atención”, “Siento tanta compasión por la gente que ha perdido tanto y, especialmente, por aquellos que han perdido mucho más que yo”.

El trauma del desastre a menudo impulsa a los supervivientes hacia una actuación constructiva. Aunque los profesionales dedicados a situaciones de desastre conocen bien los problemas de la “anarquía del altruismo” y de la fatiga de la compasión, hemos encontrado que las anteriores cogniciones positivas continúan mucho más allá de los primeros meses después del desastre. Puesto que nuestra impresión es que estos pensamientos correlacionan altamente con la conducta prosocial, con el dar y aceptar apoyo, y una recuperación más rápida de la salud mental, estamos continuamente en guardia con respecto a estas experiencias o autoinformes en las víctimas. Recomendamos encarecidamente que los clínicos subrayen esta clase de concienciación cuando aparezca. Otra forma de reenmarcar la pérdida de un miembro de la familia o de un amigo íntimo o de abordar la culpa de un superviviente, es pedir al

superviviente que se imagine cómo habría querido esa persona que siguiera con su vida. No es infrecuente que el superviviente reconozca rápidamente cómo el cuidarse de forma adecuada, el vivir bien la vida, etc. es una forma de honrar al que ha fallecido. Resistir la presión a automedicarse es otra lección importante. No utilizar drogas frente a la tristeza, la ira o la ansiedad permite una mayor comprensión del rango completo de sentimientos de una persona precipitados por el trauma. Estar libre de drogas innecesarias permitirá al superviviente reconocer su poder y resistencia personal y prevenir el empeoramiento biológico de estados de insensibilidad, irrealidad o el deterioro provocado por drogas de un verdadero episodio depresivo mayor o de un TEPT.

La relajación encaja bien con la práctica de una mayor autoaceptación. Le permite al clínico recordar a la víctima que se lo “tome con calma”, que “no se presione a sí mismo”, que su adaptación será única y que respete el “ritmo natural de la curación”. Hemos observado que los supervivientes experimentan una necesidad urgente de mejorar, de “volver a la normalidad” y que recordatorios amables como “los procesos de recuperación a menudo llevan meses e incluso años”, pueden ayudar. Parecido a reconstruir la infraestructura de una ciudad, la recuperación emocional conlleva excavación, tiempo de planificación y un esfuerzo de grupo. A menudo recordamos esos individuos, encontrados con frecuencia entre las filas de los profesionales dedicados a situaciones de desastre o a otras situaciones de ayuda, que son impulsados a niveles hipomaniacos de actividad por el principio del *control del estímulo*. Como mostró la investigación sobre el 11 de septiembre, aparte de las situaciones de amenaza directa para la vida, los síntomas traumáticos en adultos y niños podían predecirse, en parte, por las horas de televisión que se pasaban observando las explicaciones del desastre por los medios de comunicación. Recomendamos que los supervivientes vigilen el grado en el que se exponen a sí mismos a las historias de sufrimiento, especialmente a las descripciones visuales transmitidas por televisión.

6. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES: LA TCC COMO UNA INTERVENCIÓN “PUENTE” EN LAS FILIPINAS Y EL CASO DE PABLO

Pablo era un estudiante filipino de 26 años, practicante de triatlón, que se había ofrecido como voluntario para trabajar con la Cruz Roja Internacional en las montañas

de Mindanao, en el sur de Filipinas. Él y su novia habían decidido “ser útiles” antes del siguiente paso en su plan de vida: echar la solicitud para la Facultad de Medicina. Una de las principales tareas humanitarias en esa área era entregar comida y suministros médicos a los rebeldes insurgentes aislados en las montañas de Mindanao.

Pablo estaba sentado en el asiento de una camioneta (*pickup*), claramente marcada con el rótulo de Cruz Roja, entre el conductor y su novia, preparado para subir a la montaña en un día habitual de entrega. El conductor paró en respuesta a la señal y a la sonrisa de una chica que llevaba un paquete. Esta dejó el paquete a través de la ventana en el regazo de la novia de Pablo y se marchó a toda prisa. El paquete explotó, matando brutalmente a la novia e hiriendo gravemente a Pablo y al conductor. Pablo sufrió quemaduras de tercer grado en más del 40% de su cuerpo, alguna desfiguración facial y la pérdida total de la visión de su ojo izquierdo. Me invitaron (FRA) a dar una conferencia en un congreso en la ciudad de Davao, Mindanao, y después de mi charla, me preguntaron si estaría dispuesto a ver a Pablo. El equipo de la Cruz Roja fue capaz de informarme sobre sus problemas: graves pesadillas, dolor y llanto incontrolable.

En una única sesión de 2 horas decidí hacer lo siguiente en respuesta al resumen de su historia y a la luz del breve tiempo disponible: identificar cuáles eran para él los aspectos más terroríficos y dolorosos de la explosión, educarle sobre los síntomas que estaba teniendo y cuánto podrían durar, y explicarle la idea de la exposición terapéutica por medio de la charla y de dejar salir las emociones en situaciones seguras con un psicólogo, amigos o los seres queridos. Decidí, previamente, que cualquier trabajo de exposición directa conmigo sería realizado con mucha precaución en el caso de que fuera posible hacerlo. Sin embargo, ayudarle a identificar aquellos aspectos sobre los que no había hablado parecía totalmente crítico en ese momento. Consideré mi contacto con él y con el equipo de la Cruz Roja como una intervención “puente”, una forma de proporcionar un vínculo entre su aceptación de ayuda de salud mental y un futuro tratamiento y la autoayuda en mi ausencia.

Durante el proceso de la reunión, descubrí una serie de aspectos enriquecedores sobre la resistencia de este joven, muchos de los cuales encajaban con su identidad cultural. Él era un cristiano devoto que había ayudado a su novia a dejar las drogas, adoptar la fe cristiana y entregarse a una vida de servicio juntos. Como es habitual en la cultura filipina, la familia de ella se convirtió en parte de su familia extensa y continuó siendo fundamental para su apoyo social y emocional después de la muerte de ella. Contó que había sufrido la pérdida de ella durante las últimas cinco semanas junto con

su propia familia, la familia de ella, sus amigos (hombres) y “con Dios”. Parecía que se sintió aliviado sabiendo que las pesadillas eran típicas de cualquiera que hubiera sufrido un trauma tan terrible. Le dije, “a veces los malos sueños conllevan información de cosas sobre las que parece imposible hablar con nadie”. Además, supe que se reunía con sus amigos una vez a la semana, todas las semanas, sin faltar. Informó que ellos le habían apoyado mucho y que cuando llevó la fotografía de ella, ellos lloraron con él. Este “grupo de apoyo” surgido de forma natural era digno de atención por, al menos, dos razones. En primer lugar, Pablo y sus amigos fueron capaces de expresar y compartir emociones tristes en estos grupos, atípicos para la mayoría de los hombres norteamericanos con los que estoy acostumbrado a trabajar. En segundo lugar, la misma existencia de estos grupos de hombres es originario de la cultura filipina. Ellos no bebían, ni hacían deporte ni actividades propias de amigos; la única razón para encontrarse era conversar y actualizarse entre ellos sus respectivas vidas.

La pregunta surgió de forma natural a partir de esta revelación de informaciones: ¿te sientes capaz de compartir los aspectos más terribles del trauma con tus amigos? Era evidente que este grupo era el más prometedor para las revelaciones difíciles. Hablamos sobre “hiya” o la vergüenza de hablar sobre la brutalidad de lo triste que fue perderla y, lo que es peor, de esa forma violenta. Señaló que si le decía al grupo que yo le animé a que compartiera esos sentimientos cuando los experimentase, es probable que ellos le apoyaran. Cuando le pregunté qué podría recordar del episodio, dijo que todo lo que rescataba de su memoria era el fogonazo y una sensación de quemarse en todo su cuerpo. Recuerda que salió de la camioneta y que le llevaron al hospital. Recuerda también que preguntó por su novia teniendo la noción de que ella se “había ido, muerto”. “Sigue pareciendo irreal. Hasta el día de hoy sigo sin creerlo”. Le aseguré que yo no quería que se esforzase para recordar nada más que lo que era capaz de hacer. Este episodio traumático era excepcional debido al daño físico causado al joven, a la violencia de lo que un artefacto explosivo hizo en el cuerpo de la mujer y al profundo significado y apego que esta relación tenía para este voluntario. Le advertí que esperase algunas cosas: que sería probable que otros recuerdos surgieran con el tiempo, que experimentarlos sería muy doloroso y que su rehabilitación, el aspecto físico de trabajar en el fortalecimiento de su cuerpo y en la recuperación de sus quemaduras, actuarían como recordatorios de diferentes aspectos del trauma. Con respecto al recuerdo de la chica, reconoció que pensaba en ella “casi todo el tiempo”. Dividía su tiempo entre su propia familia, la familia de ella y el hospital; le aseguré que el dedicarle a ella tiempo

en sus recuerdos y honrando la vida de ella (p.ej., recordando su bondad, su disposición a servir junto con él, su amor por él y su fe en Dios) era una parte importante de la cicatrización que tenía que suceder.

Descubrí que su médico le había enviado a un psiquiatra, pero que él decidió no ir y prefirió hablar con el jefe de la Cruz Roja, un trabajador social y clínico que estaba dispuesto a continuar con él. Apoyé enfáticamente su intención de continuar viendo al director. Yo le comenté que me gustaría charlar con el director sobre lo que habíamos hablado y animé a Pablo para que compartiera con él los recuerdos no expresados conforme fueran apareciendo con el tiempo en las/os próximas/os semanas y meses.

Finalmente, le di una amplia explicación sobre cómo funciona la exposición prolongada y la importancia de seguir en contacto con algún tipo de terapia que tuviera que ver con su trauma. Le comenté que la cicatrización de sus heridas físicas era una buena metáfora para la cicatrización de sus heridas emocionales traumáticas. Debido a la gravedad de sus heridas, se curarían mejor con ayuda profesional. Diferentes partes de la herida se curarían en diferentes momentos y dependería de la gravedad de esa parte del trauma. Por ejemplo, las quemaduras superficiales se curarían por sí mismas con escasa intervención. Sin embargo, las heridas profundas necesitarían de intervención o limpieza médica para retirar el tejido dañado, un proceso lento y a menudo doloroso, con el fin de asegurar que no hubiera infección y que exista suficiente tejido para la cicatrización. De igual manera, las partes más terribles de la explosión necesitarían tiempo y atención; recuerdos en estos momentos no disponibles podrían aparecer más tarde o surgir en respuesta a otros acontecimientos. En términos de la construcción de una nueva forma de vivir, si su novia y con un cuerpo diferente y parcialmente incapacitado, le sugerí que el tejido cicatrizado y los injertos con éxito eran similares a dar un nuevo significado a su vida, en parte quizás para honrar la memoria de su novia y la fe de él (sin haber sido afectada, sorprendentemente, por el suceso). Me dijo que seguía queriendo hacer lo que pudiera, incluso durante su rehabilitación, en las dependencias de la Cruz Roja en la ciudad de Davao. Su fisioterapeuta le dijo que podía hacer trabajos administrativos hasta que desarrollara fortaleza en las piernas y los brazos en los dos meses siguientes; el equipo de la Cruz Roja estaba preocupado por él e insistía en que no trabajase nada. Le dije que animaría a ese equipo para que aceptara su oferta de ayudar de forma limitada.

7. DIRECTRICES PARA LA EXPOSICIÓN TERAPÉUTICA DIRECTA Y EL CASO DE TERESA

La exposición terapéutica directa (ETD) puede jugar un poderoso papel curativo en el tratamiento de los supervivientes de desastres, especialmente en aquellos que ya muestran síntomas de un trastorno por estrés agudo o, si ha pasado un mes desde el desastre, muchos de los síntomas del TEPT. Nuestro trabajo en esta área recoge información de teóricos y clínicos que han estructurado bien el modelo de condicionamiento de evitación traumática del TEPT (Levis, 1980; Fairbank y Brown, 1986), de la investigación de los resultados con ETD en veteranos de guerra (Boudewyns, Hyer y Woods, 1990; Fairbank y Brown, 1987; Keane, Fairbank, Caddell y Zimering, 1989), de las víctimas de agresiones sexuales (una variante de la ETD denominada “exposición prolongada” y empleada por Foa y Rothbaum, 2001), y de una gran cantidad de investigaciones recientes con otros sujetos que padecen TEPT no causado por desastres (p.ej., van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002). Debe recordarse a los lectores de la falta de investigación sistemática y controlada en el caso de los supervivientes de desastres utilizando estas técnicas. La descripción de las intervenciones se realiza con la advertencia de que los clínicos que adopten estas técnicas deberían tener cierta experiencia en situaciones de no desastre, utilizando la exposición en pacientes con TEA o TEPT; al menos, los clínicos sin experiencia deberían tener acceso a la supervisión de aquellos con más experiencia.

1. INTRODUCCIÓN A LA EXPOSICIÓN. Una vez se ha establecido que el superviviente es un buen candidato para la exposición terapéutica directa, se debería dar una explicación de la técnica y obtener un consentimiento informado. Las heridas y la propia metáfora de la curación (véase el caso anterior de Pablo) pueden utilizarse para describir la técnica. Se debe discutir abiertamente el riesgo de empeorar los síntomas y los sentimientos de malestar y de miedo. Sin embargo, se debe asegurar a la persona que el clínico tendrá cuidado de parar si cree que es mejor no continuar. Por la misma regla de tres, se deberán revisar los beneficios. Se describirán los pasos de que consta y cuántas sesiones creemos que serán necesarias. *Te preguntaré sobre las partes más perturbadoras del trauma, incluyendo si pensaste que tu vida estaba en peligro (y cuándo fue). Te enseñaré un ejercicio de relajación profunda que iniciaremos y terminaremos. La parte del procedimiento que se parece a la limpieza de una herida, o exposición directa, entraña volver a experimentar la escena, con mi ayuda, con tanto detalle como sea posible. Durante bastantes minutos, te ayudaré a que permanezcas en contacto con esas emociones, centrándote en el miedo o el malestar, mientras te recuerdo que permanezcas respirando normalmente y teniendo la sensación de que puedes pararlo en cualquier momento. Sin*

embargo, el objetivo será dejar salir la emoción: puede sentirse abrumadora o excesiva, pero serás capaz de seguir mis instrucciones y atenuarla si tu cuerpo lo necesita.

2. PRUEBA DE LA IMAGINACIÓN. Se refiere a evaluar la capacidad para imaginar, aislando los dos recuerdos más perturbadores y elaborando con detalle los elementos de la situación (p.ej., los estímulos del contexto), incluyendo las autoverbalizaciones. Considera el terminar la intervención si los recuerdos más molestos son numerosos, es decir, más de tres, si tienen poca relación con el trauma del desastre o si son indicativos de una psicopatología compleja y/o comórbida (p.ej., culpa no tratable relativa a una grave depresión prolongada).

¿En qué momento, si hubo alguno, sentiste que ibas a morir? O ¿en qué momento observaste que estaba en riesgo la vida de alguien? ¿Qué otros recuerdos o experiencias del trauma son los más perturbadores para tí?

Con los ojos cerrados o ligaramente abiertos, concéntrate en algún punto del suelo delante de tí. Me gustaría si pudieras ver, oír o sentir de nuevo alguna de esas sensaciones. En una escala de 1 a 7, evalúa, por favor, cómo de vívido o de realista es en estos momentos, siendo el 7= extremadamente vívido y 1= no puedes ver u oír los estímulos ambientales en tu imaginación. Los individuos que responden 1 ó 2 a menudo pueden contestar a la siguiente indicación: Si te es más fácil retrotraerte simplemente a los recuerdos, también es correcto. Descríbeme más detalles de la escena o de la situación a la que estuviste expuesto. ¿Puedes recordar qué cosas pasaban por tu cabeza, qué cosas te decías a tí mismo?

3. DESARROLLO DE LOS ESTÍMULOS. Se refiere a evaluar los estímulos ambientales del miedo condicionado. *¿Qué estaba sucediendo a tu alrededor? ¿Puedes compartir lo que estabas pensando y sintiendo?* Permitir que la respuesta sea tan libre como se pueda a esta pregunta. Observar las cimas y los valles del miedo y la ansiedad en el contenido manifiesto de la historia. Además, tomar nota de cualquier señal visible de ansiedad durante la narración de la historia. *Si eres capaz, me gustaría que pensaras sobre algunas visiones, sonidos, posición física, olores u otras sensaciones físicas (p.ej., náuseas, mareos) que no hayas mencionado y que sentiste durante los momentos más terribles del trauma.* Tomar nota de cualquier estímulo interoceptivo, cognitivo (“*Pensé que el muro se iba a caer sobre mí*”) y somático (“*Tuve una sensación de vacío en el estómago indicando que no podía hacer nada más*”).
4. ENSEÑAR LA ESCALA USA Y PEDIR AL INDIVIDUO QUE EVALÚE SU ANSIEDAD DESPUÉS DE CONTAR SU HISTORIA.
5. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN. Guiar al sujeto durante un ejercicio de 20 minutos de relajación muscular progresiva (RMP) o de retener y soltar la respiración, prestando especial atención a cualquier malestar, distracción o expresión emocional inesperada. Las intervenciones breves que pueden ayudar a abordar las distracciones o al aumento de la activación, incluyen el pedir a la persona que abra los ojos, fije la mirada o se centre en la respiración siguiendo estas instrucciones: *Céntrate en la inspiración, percibe poco a poco cómo entra*

el aire; puedes controlarlo. Céntrate en la espiración; deja que el aire salga lentamente. Lo que estás haciendo ahora es una forma de cuidarte. [Si el paciente está visiblemente perturbado o molesto: Por favor, hazme saber si preferirías ir más despacio, hacer un descanso o parar por ahora]

6. EVALUAR LAS USAS Y HACER COMENTARIOS PARA CONSTRUIR LA EFICACIA. Después de la RMP, pedir a la persona que evalúe de nuevo su ansiedad. Si la ansiedad no muestra ninguna disminución o incluso aumenta, considerar detener la intervención. La mayoría de los individuos informarán de una moderada reducción de la activación: hay que elogiarles por este hecho, utilizando un lenguaje que enfatice el aumento del control y del afrontamiento. *Lo que acabas de demostrar es que puedes implicarte en un ejercicio muy específico y reducir el nivel de tensión. Nos apoyaremos en esta habilidad mientras exploramos las partes más dolorosas del trauma que has sufrido.*
7. ENSAYO DE EXPOSICIÓN Nº 1. *De los dos recuerdos o experiencias más dolorosos del desastre, ¿en cuál preferirías trabajar ahora? ¿Cuál es tu evaluación USA actual, desde 1= extremadamente relajado, hasta 10= estresado en extremo? Me gustaría que trataras de imaginar los minutos o segundos anteriores a la parte más terrible de la experiencia que has elegido. ¿Qué ves u oyes? Quiero que observes cómo empieza a aumentar el temor o la ansiedad. ¿De qué más te das cuenta? [El clínico puede intensificar la narración hecha por la persona con detalles obtenidos anteriormente, teniendo cuidado de no introducir elementos que no han sido descritos previamente]. ¿Cuál es la evaluación de tu malestar en estos momentos? [Las USA deberían haber aumentado de forma notable]. Lo estás haciendo muy bien. Recuerda darte permiso para aceptar estos sentimientos conforme van creciendo. Ahora, me gustaría que dejaras que la experiencia se desarrollara poco a poco conforme te acercas cada vez más a la parte más temida de la experiencia [la ansiedad debería ir, obviamente, aumentando. El clínico puede volver a plantear los elementos que son más provocadores] ¿Qué está sucediendo dentro de tu cuerpo? Lo estás haciendo bien. Ahora date permiso para ver, sentir u oír la peor parte. ¿Cual es el aspecto más doloroso? Intenta no detener esos pensamientos. ¿Cuál es tu evaluación, de 1 a 10? [El clínico continúa con la presentación de estos estímulos, repitiéndolos conforme sea necesario durante al menos algunos minutos. Busca un pico de activación que empiece a disminuir] Prueba una última vez con estímulos interoceptivos o ambientales relacionados. Si no se da más activación, el ensayo de exposición puede terminarse. La cantidad de tiempo puede variar de manera amplia: la duración de la escena relevante puede ir desde tres o cuatro minutos hasta dieciocho o veinte.*
8. USAS POSTERIORES A LA EXPOSICIÓN MÁS RETROALIMENTACIÓN. Pide una evaluación de las USAs después del ensayo. Provoca retroalimentación sobre lo que sucedió. En la mayoría de las respuestas con éxito a la exposición, el sujeto informará espontáneamente de alivio en respuesta a haber aguantado el ejercicio. Algunas personas informarán de algunos recuerdos o detalles adicionales. Pregunta si la persona se dió cuenta de algo nuevo sobre el recuerdo o la experiencia de sus emociones relativas al trauma del desastre.

9. ENSAYO DE EXPOSICIÓN N° 2. Repetir exactamente la misma escena, aumentándola con algunos detalles recogidos durante el primer ensayo de exposición. Busca algún incremento de la ansiedad y deja que el sujeto “respire en medio” de esos aumentos de la activación. Si es posible, consigue una evaluación de las USAs en el momento de máxima activación. Si el punto más elevado de la activación es mayor que durante el primer ensayo, debemos plantearnos llevar a cabo un tercer ensayo, si el tiempo lo permite.
10. REPETIR EL PASO 7.
11. LLEVAR A CABO UN ENSAYO DE EXPOSICIÓN N° 3 si el sujeto está dispuesto y el tiempo lo permite.
12. TERMINAR LA SESIÓN CON UN PROCEDIMIENTO FINAL DE RELAJACIÓN. Obtener una retroalimentación final con respecto a la experiencia de exposición y animar cualquier comentario que apoye la capacidad del sujeto para liberar los sentimientos, el hecho de que se estén sintiendo mejor o de que era doloroso pero tolerable. Cualquier atribución a la técnica o al terapeuta normalmente puede ser reenfocada sin problemas como la disposición del sujeto a abordar su dolor y el deseo de recuperar una sensación de equilibrio por medio de la implicación activa en la terapia. Enseñar al paciente a observar los síntomas relativos al estrés traumático a lo largo de los próximos días, hasta la siguiente sesión. Describir de nuevo el plan de contactos: Nos veremos (una, dos) sesión(es) más, empleando el tiempo en abordar estas mismas emociones problemáticas u otras que pienses que necesites abordar.

8. EL CASO DE TERESA EN EL HURACÁN MARILÍN

Teresa tenía 26 años, era madre de una niña de 4 y un miembro activo de la Guardia Nacional en las islas Virgen, que se encuentran en el mar del Caribe. Ella y su familia sobrevivieron al huracán Marilín, el segundo huracán en 10 días, y la segunda vez que la llamaron para ayudar a las consecuencias del desastre. Diez personas murieron y el 80% de los edificios de Santo Tomás, la mayor de las islas, fue destruido. Teresa estaba con su familia, su madre y su hija, cuando llegó el huracán Marilín. A pesar de los refuerzos que se habían instalado desde el anterior huracán, Luis, el tejado de su casa fue arrancado de forma espectacular, produciendo un sonido crujiente seguido por otros estruendosos y desgarradores. Las tres esperaron durante horas en el cuarto de baño hasta que se produjo la primera pausa de la tormenta. Pudieron retirarse al refugio local, que se encontraba a unos 700 metros. La familia continuó residiendo en el refugio, junto con cerca de otros 200 supervivientes, mientras Teresa volvía a su trabajo cotidiano, trabajando inicialmente en un almacén, distribuyendo camas de campaña y calentadores y luego realizando tareas de tráfico para ayudar a la policía local. Su supervisor la envió al equipo de salud mental de la sede central de la Guardia

Costera (donde yo [FRA] casualmente trabajaba) cuando reconoció haber perdido los estribos ante un conductor enfadado, dando un puñetazo en el capó del coche y amenazándole con la porra.

En nuestra primera reunión, se determinó que Teresa tenía muchos de los síntomas del trastorno por estrés agudo a partir de experiencia con los dos huracanes, con pesadillas, perturbaciones generales del sueño, rumiaciones sobre la seguridad de su madre y su hija y con culpa del superviviente. Ella había acudido a un asesor durante algunos meses después de la ruptura de su matrimonio hacía tres años e informó que le había sido de utilidad; no había tenido otros contactos con los servicios psiquiátricos ni tenía ningún antecedente de algún trastorno mental. El parte más perturbadora de su reacción al desastre fue que se había vuelto mucho más irritable (“lo mismo que mi ex-marido solía ser”) con su familia y el estallido con el conductor fue sólo un ejemplo. Admitió una leve reacción disociativa, sintiéndose brevemente “fuera de mi cuerpo, observándonos en el suelo”.

A Teresa se le enseñó la técnica de la relajación y se le explicó la terapia de exposición. Habíamos decidido que verla 2 ó 3 sesiones sería algo relativamente sencillo, ya que nosotros nos encontrábamos en la sede central donde ella tenía que hacerse un revisión diaria por requerimiento. Aquellos que ocupaban posiciones de mando habían apoyado también este trabajo y habían facilitado una sala para estos contactos terapéuticos. Ella identificó fácilmente el elemento más temible de la segunda experiencia con los huracanes, los sonoros sonidos chirriantes del techo de metal reforzado y la caída con estrépito de los fragmentos fuera del cuarto de baño, donde ella y sus seres queridos se encontraban acurrucados. La cognición más perturbadora en el momento del impacto era “No hay absolutamente nada que yo pueda hacer –mi hija va a morir y no hay nada que yo pueda hacer”. Durante el primer ensayo de exposición ella fue capaz de soportar un elevado nivel de activación (USA= 10) y lloró profundamente. Recuerda que hacía esfuerzos para respirar y experimentó también este mismo síntoma. Encontró que el primer ensayo de exposición le producía alivio y recordó espontáneamente que se sintió fuerte durante el primer huracán. Se sintió con valentía y teniendo el control de mantener la casa en orden y tranquilizar a su familia durante lo más recio de la tormenta.

Durante el segundo ensayo de exposición (primera sesión) y los episodios de exposición similares de la segunda sesión, surgieron pensamientos y sentimientos adicionales relativos al desamparo y a la ira. Dijo que nunca se había sentido en su vida

tan indefensa, habitualmente orgullosa de su fortaleza como mujer, siendo generalmente atlética durante toda su vida y sobreviviendo bien como madre soltera. Lloró en la sesión, al igual que lo hizo en la noche de terror durante el huracán Marilín. “Me sentí como si no tuviera nada más que dar. Tenía vergüenza de dar la impresión que tenía miedo delante de mi hija”. Respondí a estos comentarios validándolos y reenfocándolos: “Es bueno que puedas reconocer todos estos sentimientos humanos normales. Eres más fuerte por ello. Entendiendo todas estas emociones, es menos probable que te sorprendan la ira o la irritación”. Teresa era una estudiante rápida y ávida de la relajación basada en la conciencia plena, que ella practicaba fielmente dos veces al día. Intentó convertirlo en parte de sus rituales de vida, de la misma forma que suele suceder con la oración al crecer. La frecuencia de sus pesadillas disminuyó inmediatamente en la segunda sesión 4 días más tarde, habiendo tenido sólo una noche con esas perturbaciones. Su ansiedad e irritación fueron las más afectadas. Informó de una sensación de liberación, a la espera de la siguiente oportunidad para hacer exposición. Se llevaron a cabo tres sesiones con Teresa a lo largo del periodo de 9 días, con unos 3 a 4 ensayos de exposición realizados por cada sesión. Aunque ella no sintió la necesidad de hacer un tratamiento de respaldo en la clínica local de salud mental que había obtenido financiación del gobierno por el desastre, se le dieron nombres y números de teléfono de los contactos como una medida de seguridad. Terminamos nuestra última sesión con una inducción a la relajación, acompañada de numerosas verbalizaciones de afrontamiento proporcionadas por el terapeuta y por la misma Teresa. “Me siento mejor madre después de haber vivido estos terribles sentimientos y saber que puedo también sobrevivir”. “Mi madre me dió el regalo de su religión y siento que aprendí no sólo a ser compasiva con los demás sino también a ser compasiva con mis propios miedos”. “La ira y la irritación que siento son señales de algo más profundo”.

9. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Este capítulo ha intentado proporcionar una guía a cuatro clases de intervenciones de la TCC para los supervivientes de desastres, intervenciones que bien han sido investigadas con el trastorno por estrés agudo, recomendadas por consenso por comités de expertos o llevadas a cabo por los autores mismos en el contexto de

situaciones de desastre. La primera intervención, recomendada enfáticamente como una alternativa más segura que los enfoques de *debriefing* en la fase aguda inicial, fue la primera ayuda psicológica. Se proporcionó un ejemplo de esta intervención para ilustrar cómo llevar a cabo estas conversaciones de apoyo con un énfasis psicoeducativo. En segundo lugar, se describieron con detalle las intervenciones basadas en la relajación. En tercer lugar, se presentaron enfoques basados en la solución de problemas sociales y en las habilidades de afrontamiento y se ilustró con una breve intervención llevada a cabo en Filipinas. En cuarto lugar, se describió con detalle la exposición terapéutica directa en tres sesiones y se ilustró por medio de un caso tratado en Santo Tomás, una de las Islas Vírgenes. Esperamos que los lectores de esta guía de intervención se convierten en parte del nexo cada vez mayor de clínicos e investigadores que intentan no sólo servir a los supervivientes de los traumas por desastres, sino que cuenten su historia bajo la forma de publicaciones informales o investigaciones sistemáticas.

Referencias

- Abueg, F. R. (1991, mayo). *Posttraumatic stress disorder research in San Francisco Bay Area after the Loma Prieta earthquake*. Conferencia invitada en la Conference on Research on Mount Pinatubo, Department of Foreign Affairs, Manila, Filipinas.
- Abueg, F. R. (1991, mayo). *Psychological first aid in humanitarian relief interventions*. Taller invitado en la Working Conference for Humanitarian Relief Workers sponsored by the International Committee for Red Cross and Philippine Red Cross, Davao, Filipinas.
- Abueg, F. R., Kubany, E. S. y Drescher, K.D. (1994). Treating trauma survivors in disaster. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. Nueva York: Guilford.
- Abueg, F. R., Woods, G. W., Watson, D. S. (2000). Disaster trauma. En F. M. Dattilio y A. Freeman (dirs.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. Nueva York: General Learning Press.
- Barlow, D. (1993). *Treatment of panic disorder*. Nueva York: Guilford.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J. y Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81
- Boudewyns, P. A., Hyer, L. Woods, M.G. y Harrison, W. R. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T. y Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 862-866.
- Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M. y Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780-1786.
- Chemtob, C. M. , Nakashima, J. y Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.

- Chemtob, C. M., Nakashima, J. y Hamada, R. S. (2002). Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: A controlled community field study. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 156, 211-216.
- Drescher, K. D. y Abueg, F. R. (1995). *Psychophysiological indicators of PTSD following Hurricane Iniki: The multisensory interview*. University of Colorado: Natural Hazards Observer: Quick Response Report #77.
- Eriksson, C. B., Van de Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. y Foy, D. W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 205-212.
- Fairbank, J. A. y Brown, T. A. (1987). Current behavioral approaches to the treatment of post-traumatic stress disorder. *the Behavior Therapist*, 10, 58-64.
- Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford.
- Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Jurkovich, G. J., Daranciang, E., Dunn, C. W., Villaveces, A., Copass, M. y Ries, R. R. (1999). Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery*, 230, 473-483.
- Goldstein, A. y Foa, E. (dirs.) (1980). *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide*. Nueva York: Guilford.
- Gusman, F. D., Stewart, J. A., Hiley-Young, B., Riney, S. J., Abueg, F. R. y Blake, D. D. (1996). A multicultural developmental approach for treating trauma. En A. J Marsella, M. J Friedman, E. T.Gerrity y R. M. Scurfield (dirs.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 101-106.
- Heather, N. (1995). Brief intervention strategies. En R. K. Hester y W. R. Miller (dirs.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (2ª edición). Nueva York: Pergamon.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M. y Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 345-260
- Kluft, R. P. (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 103-110.
- Levis, D. J. (1980). Implementing the technique of implosive therapy. En A. Goldstein y E. B. Foa (dirs.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide*. Nueva York: Wiley.
- Litz, B. (2004). *Early intervention for trauma and traumatic loss*. Nueva York: Guilford.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A. y Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112-134.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Ontario: University of Waterloo.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2002). *Mental health and mass violence: Evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence*. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices, Bethesda, MD.
- Njenga, F., Nyamai, C., Woods, G. W., Watson, D. S. y Abueg, F. R. (1999, junio). *The Kenya/Tanzania embassy bombings: When forensic science, politics, and cultures collide*. International Congress on Law and Mental Health, Toronto, Quebec, Canada.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C., Diaz, E. y Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak. Part. I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.
- Resick, P. y Schnicke, M. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Schiraldi, G. R. (2000). *Post-traumatic stress disorder sourcebook*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Stein, B. D., Jaycox, L.H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N. y Fink, A. (2003). Randomized trial using mental health intervention with children exposed to violence. *Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611.
- van Minnen, A., Arntz, A. y Keijsers, G. P. (2002). Prolonged exposure in inpatients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research & Therapy*, 40, 439-457.
- World Health Organization (2005). *Mental health of populations exposed to biological and chemical weapons*. Mental Health: Evidence & Research Department of Mental Health & Substance Abuse, Ginebra, Suiza.

- Young, B. H. (1992). Trauma reactivation and treatment: Integrated case examples. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 545-555.
- Young, B. H., Ford, J. D., Ruzek, J. I., Friedman, M. J. y Gusman, F. D. (1999). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. Menlo Park, CA: National Center for PTSD. [Disponible en <http://www.ncptsd.org/publications/disaster/>]
- Young, B. H., Ruzek, J. I. y Ford, J. D. (1999). Cognitive-behavioral group treatment for disaster-related PTSD. En B. H. Young y D. D. Blake (dirs.), *Group treatments for post-traumatic stress disorder*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Young, B.H., Ruzek, J. I. y Gusman, F. D. (1999). Disaster mental health: current status and future directions. *New Directions for Mental Health Services, 82*, 53-64.

Lecturas recomendadas

- Caballo, V. E. y Salazar, I. C. (2007) (dirs.), Intervención en crisis, desastres y catástrofes. *Psicología Conductual, 15(3)* (Número monográfico).
- Dattilio, F. M. y Freeman, A. (2007) (dirs.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (3ª edición). Nueva York: Guilford.
- Everly, G. S., Jr. y Mitchell, J. T. (2008). *Integrative crisis intervention and disaster mental health*. Ellicott City, MD: Chevron.
- Follette, V. M. y Ruzek, J. I. (2006) (dirs.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Zayfert, C. y Becke, C. B. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach*. Nueva York: Guilford.

Capítulo incluido en el libro:

- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, col. 2: Intervención en crisis, medicina conductual y trastornos de relación* (pp. 3-27) (2ª edición). Madrid: Siglo XXI