



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA



## INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN SITUACIONES DE CRISIS

### PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE AL REQUISITO  
CURRICULAR CONFORME O.C.S. 143/89

PONSÁ, Marcela Edith	Mat. 3901/96	DNI 26.248.956
SICA, Luciana	Mat. 3939/96	DNI 26.277.983
VALLEJO, Marcela Alejandra	Mat. 3960/96	DNI 26.149.069

SUPERVISOR: Dr. SEBASTIÁN URQUIJO

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN: Psicología Cognitiva - Grupo de  
Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional GIPCE

FECHA DE PRESENTACION:

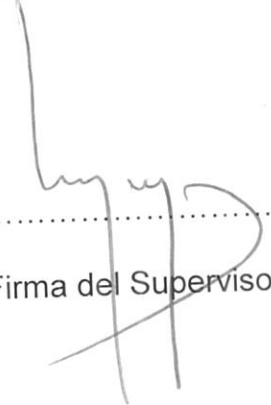


- 2005 -

N° CLASIFICACION	ADQUISICION
799 P	
	N° INVENTARIO
	933

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Ponsá, Marcela Edith; Sica, Luciana y Vallejo, Marcela Alejandra de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Ponsá, Marcela Edith; Sica, Luciana y Vallejo, Marcela Alejandra; matrículas 3901/96, 3939/96, 3960/96, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los del mes de Agosto del 2005”.

  
.....  
Firma del Supervisor

S. URGUÍO.....

Aclaración

.....

Sello

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

Los alumnos han trabajado con disciplina, orden  
y método, demostrando seriedad y compromiso  
con la tarea - han mostrado un interesante  
trabajo —————



S. Orquero

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes en el día de la fecha se precede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Ponsá, Marcela Edith; Sica, Luciana y Vallejo, Marcela Alejandra; matrículas 3901/96, 3939/96, 3960/96.”

.....  
Especialista  
Interviniente

.....  
Supervisor

.....  
Miembro del Área  
de Investigación

FECHA DE APROBACIÓN:



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-REQUISITO CURRICULAR**

**PLAN DE ESTUDIOS: O.C.S. 143/89**

**APELLIDO Y NOMBRES:** Ponsá, Marcela Edith; Sica, Luciana; Vallejo, Marcela Alejandra.

**MATRICULA Y AÑO:** 3901/96, 3939/96, 3960/96.

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:** Psicología Cognitiva - Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional GIPCE

**SUPERVISOR:** Lic. Sebastián Urquijo

**TITULO DEL PROYECTO:** Prevención del Trastorno por Estrés Post-Traumático

**DESCRIPCIÓN RESUMIDA:** El presente trabajo está dedicado a la exploración bibliográfica de algunos abordajes psicológicos actuales que apuntan a la atención e intervención psicológica inmediata ante eventos críticos, con el objeto de prevenir la aparición del Trastorno por Estrés Post-traumático en adultos. Intentaremos destacar puntos en común y diferencias en el tratamiento y marco explicativo de dichos abordajes.

**PALABRAS CLAVES:** Evento Crítico - Estrés Post-traumático - Prevención - Intervención psicológica.

**DESCRIPCIÓN DETALLADA:**

**Motivos y antecedentes:** El presente trabajo de investigación es motivado por nuestro interés en comprender como se interviene desde distintos abordajes en la prevención del Trastorno por Estrés Post-Traumático. Trataremos de establecer el rol y la función del psicólogo frente a las demandas que exigen a las personas enfrentar situaciones altamente estresantes.

**Objetivos generales:**

- Explorar, recopilar y sistematizar información científica sobre abordajes psicológicos para la intervención en situaciones de emergencia que generan Trastorno por Estrés Post-Traumático en adultos.

**Objetivos Particulares:**

- Caracterizar los conceptos de crisis y emergencia.
- Delimitar la noción de estrés post traumático.
- Analizar el rol del psicólogo en la situación inmediata al suceso estresante.
- Establecer relaciones entre situaciones de emergencia; recursos o respuestas puestas en marcha por parte de la persona para afrontar el suceso; y, estrategias psicológicas de intervención.
- Describir algunos abordajes utilizados actualmente en situaciones de emergencia.

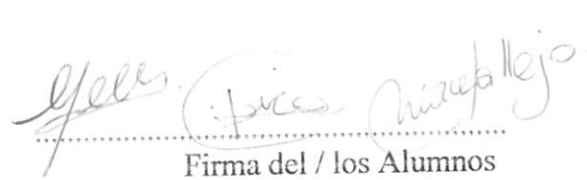
**Métodos y técnicas:** Trabajo exploratorio y descriptivo basado en la búsqueda bibliográfica en bases de datos científicos, literatura general y específica, Internet, etc.

**Lugar donde se realizará el trabajo:** Universidad Nacional de Mar del Plata, bibliotecas, centros de informática.

**Cronograma de actividades:**

	2004					2005						
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
Búsqueda de datos bibliográficos	x	x	x									
Selección y Organización de datos	x	x	x	x								
Análisis de datos			x	x	x	x	x					
Redacción	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	
Defensa												x

  
Firma de Supervisor

  
Firma del / los Alumnos

P/ Área de Investigación

Resultado de la Evaluación (aprobado / rehacer)

Aprobado c/observaciones

Fecha: 24 - 08 - 04



Obs.: 1 relación entre título del Proyecto y objetivo  
1 metodología insuficientemente explicitada

## INDICE

I.	Introducción.....	3
II.	Historia del Trauma.....	6
III.	Delimitación Conceptual.....	21
1.	Crisis.....	21
A.	Emergencias .....	21
B.	Desastres.....	22
C.	Catástrofes .....	23
D.	Crisis.....	23
2.	Evento Crítico.....	26
3.	Trauma.....	27
4.	Estrés .....	27
5.	Reacciones Comunes Ante Situaciones de Crisis.....	30
6.	Recursos.....	31
7.	Factores de Riesgo.....	35
8.	Trastorno por Estrés Postraumático.....	39
A.	Características diagnósticas.....	41
B.	Síntomas y trastornos asociados.....	44
C.	Síntomas dependientes de la cultura y la edad .....	44
D.	Prevalencia.....	44
E.	Curso .....	45
F.	Comorbilidad .....	47
G.	Diagnóstico diferencial .....	48
H.	Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 .....	49
I.	Instrumentos Diagnósticos.....	50
9.	Tipos de Prevención .....	51
10.	Intervención en Crisis .....	52
11.	Salud Mental .....	53
IV.	Modelos de Psicoterapia Actuales.....	55
A.	Modelos Psicodinámicos.....	55

B.	Modelos Humanísticos-Existenciales.....	60
C.	Modelos Sistémicos .....	61
D.	Modelos Cognitivos-Comportamentales.....	64
V.	Abordajes Del Trastorno Por Estrés Postraumático.....	66
A.	Terapias Psicodinámicas .....	67
1.	Entrevista Operativa .....	71
2.	Psicoterapia Focalizada .....	74
B.	Terapias Cognitivas - Comportamentales.....	82
C.	Tratamiento Farmacológico .....	102
VI.	Conclusiones.....	105
VII.	Bibliografía.....	113

## I. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones en las que se puede desempeñar el psicólogo en el ejercicio de su rol, una de las más importantes y que demanda mayor atención en nuestros tiempos es la intervención en crisis, ya que por las actuales problemáticas que surgen a nivel mundial y nacional, donde el desempleo, el secuestro, los accidentes y la violencia, entre otros; obligan a que cada vez más, la población se vea inscripta en situaciones para las cuales no cuenta con los recursos necesarios para enfrentarlas.

Ante un mismo evento crítico las personas reaccionan de distinto modo, en algunas los efectos desaparecen o se mitigan con el tiempo; y en otras las secuelas son a largo plazo y alcanzan la condición de crónicas si no reciben un tratamiento adecuado. Es necesario que el psicólogo pueda actuar en la situación de crisis, en momentos inmediatamente posteriores o al detectarse las primeras manifestaciones sintomáticas, con el fin de contener, asistir y brindar psicoeducación, para que la persona pueda entender lo que le está sucediendo, sus posibles causas y alternativas terapéuticas. Actuando en el momento y situación adecuada, puede evitarse el surgimiento del Trastorno por Estrés Postraumático o su cronificación. A través de un diagnóstico de los recursos (materiales, sociales y personales) con que cuenta el damnificado y factores de riesgo, podrá realizar un pronóstico donde se indique una posible derivación. En definitiva, nos centraremos en la prevención secundaria.

Actualmente ha ido proliferando en todo el mundo la preocupación por los efectos del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) que provoca una

situación de crisis o emergencia, así como los equipos de psicólogos que se interesan por intervenir en esas circunstancias.

Por la alta proporción de sujetos que están expuestos a sufrir algún hecho traumático y desarrollar un TEPT, este diagnóstico debería ubicarse como un problema de Salud Pública. Es importante considerar que el TEPT ha sido un trastorno subdiagnosticado y secundariamente subtratado con el consiguiente impacto a nivel personal, familiar y social. Por otra parte los progresos en la investigación, tanto neurobiológica como psicoterapéutica, nos están entregando herramientas para una mejor comprensión de esta patología y en consecuencia poder ofrecer un tratamiento lo más eficaz posible.

Nuestro trabajo consistirá en realizar un recorrido teórico sobre este tema y para ello será necesario hacer un abordaje histórico sobre el trauma y delimitar algunos conceptos, tales como: crisis, emergencia, evento crítico, Trastorno por Estrés Postraumático, prevención, intervención psicológica y recursos adaptativos, entre otros.

Nos basaremos en estudios sintomatológicos y epidemiológicos, incluyendo los factores de riesgo y el curso clínico, para poner el acento en una visión más abarcadora de esta problemática.

Si bien el objetivo de este trabajo se basa fundamentalmente en reconocer la importancia de la intervención del psicólogo para prevenir la aparición de este trastorno y promocionar la Salud, es necesario conocer cuales son los posibles abordajes del TEPT. Con este fin, intentaremos hacer una exploración bibliográfica de dos abordajes psicológicos

terapéuticos: el Cognitivo – Comportamental y el enfoque Psicodinámico, tomando de éste la Entrevista Operativa y las Psicoterapias Focalizadas.

## II. HISTORIA DEL TRAUMA.

Si bien la mayor cantidad de descripciones clínicas de cuadros que corresponden al actual concepto de TEPT fueron publicadas durante el siglo XX, también debe tenerse en cuenta que los primeros relatos provienen de la Grecia clásica. El concepto evolucionó en consonancia con el momento histórico, político, cultural, económico y según el pensamiento dominante de cada época.

Se considera al célebre papiro egipcio Kahun, de aproximadamente 1900 años A.C., como el primer documento que informa de la respuesta de grupos humanos a eventos traumáticos, en este caso por inundaciones causadas por crecidas del río Nilo a lo largo del delta.

En la Edad Media, los pueblos se aferraron a distintas creencias religiosas o paganas, buscando una explicación sobre - natural de sus desventuras. Al igual que en el pasado, los santos fueron honrados e invocados como defensas contra la enfermedad. De modo similar a las culturas primitivas los procedimientos mágicos y los rituales eran instrumentados como prácticas curativas.

Durante el Renacimiento se cuestionó lo religioso y se concibió al hombre como centro del universo. En el campo de la Medicina, hubo notorios adelantos en el área de la anatomía, la fisiología y la clínica.

En el siglo XVII se dieron los primeros avances de importancia en el campo de la Psiquiatría. Thomas Sydenham (1681), clínico inglés egresado de Oxford, describió los síntomas de la histeria con una precisión tal que ha sido, hasta ahora, escasamente superado. Fue el único en reconocer el rol

de los factores psíquicos en la enfermedad, fiel al método hipocrático, con sus reglas de observación clínica, objetividad y ausencia de prejuicios, comenzó a sistematizar las enfermedades.

A fines del siglo XVIII, es el médico francés recibido en Tolosa, Philippe Pinel quien sistematiza las enfermedades mentales, constituyéndose la Psiquiatría como una ciencia y una rama de la Medicina.

En lo que hace a la historia del trauma, podemos señalar algunos datos relevantes.

A lo largo del desarrollo de la Psiquiatría hubo puntos de vista disímiles y discusiones acerca de la etiología del trauma: si sus causas eran orgánicas, psicológicas o sociales; si el origen de la enfermedad estaba en el suceso traumático en sí, o si se necesita una vulnerabilidad preexistente; si el trauma era el evento en sí mismo o la interpretación subjetiva que el individuo le otorga.

En lo que hace a los sucesos traumáticos, en algunos momentos de la historia se ha menospreciado el impacto de los factores psicosociales y sus consecuencias sobre la biopsicología, adscribiéndose las causas de la enfermedad solamente a factores constitucionales o intrapsíquicos. La relevancia de las experiencias traumáticas referida por los pacientes fue muchas veces ignorada.

Sin embargo, a partir de la descripción del Estrés Posttraumático como entidad, hace ya dos décadas, se ha reconsiderado la importancia del trauma dentro de esta especialidad.

Las condiciones culturales, sociales, históricas y políticas se encuentran estrechamente ligadas al modo en que se ha abordado el Estrés Traumático a lo largo de casi dos siglos. Es decir que, las teorías psiquiátricas han formulado los fenómenos psicológicos en consonancia con el pensamiento dominante de cada época.

Samuel Pepys, en 1666, a raíz de su experiencia como víctima del Gran Incendio de Londres, seis meses después del suceso, comenzó a sufrir ciertas anomalías, entre ellas, la dificultad para conciliar el sueño. A partir de esto, describió un cuadro con características similares a lo que hoy conocemos por Trastorno por Estrés Postraumático.

El primer investigador en la Psicología del Desastre fue el psiquiatra suizo Edouard Stierlin (1909 –1911) quien publicó dos investigaciones, una sobre las consecuencias del terremoto de Messina en Italia de 1907 y otra, referida a un grave accidente minero ocurrido en 1906. Stierlin tiene, además, el merito de ser el primer psiquiatra en estudiar poblaciones no clínicas. Esto lo llevó a evaluar un tema de gran importancia actual, que es el de la vulnerabilidad o resistencia a padecer ciertas enfermedades.

Stierlin comprobó que en el terremoto de Messina, con 70.000 víctimas fatales, el 25 % de los sobrevivientes sufrieron alteraciones y pesadillas. Observó además, que las neurosis traumáticas constituían un conjunto sintomático, complejo y único, del cual no requería de una predisposición psicopatológica. Añadiendo que el término “neurosis” no resultaba adecuado para describir estos cuadros. En esto coincidió con

alemán Emil Kraepeling (1899), para quien la neurosis traumática, donde el temor cumplía un rol etiopatogénico dominante, era rara y atípica.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, el psiquiatra francés Pierre Janet contribuyó a la comprensión de la problemática del Estrés Postraumático. El resultado de sus investigaciones tuvo una importante influencia en la historia de la Psiquiatría, sin embargo, sus aportes fueron gradualmente olvidados al no coincidir con el punto de vista del Psicoanálisis vigente.

Janet (1904) detectó que sus pacientes histéricos era incapaces de atender a sus procesos internos como guías para una conducta adaptativa, acuñó la palabra “subconsciente” para describir los recuerdos de los esquemas mentales que dirigen la interacción de una persona con su entorno. Desde este punto de vista, la categorización e integración apropiada de los recuerdos le permite al individuo desarrollar ciertos esquemas significativos para afrontar los desafíos futuros. Una persona, según este autor, al experimentar emociones “vehementes” se torna incapaz de confrontar estas experiencias atemorizantes con los esquemas cognitivos preexistentes. En consecuencia, los recuerdos de una experiencia no pueden ser integrados dentro de la conciencia personal. La primera formulación comprensiva de los efectos del trauma se basa en la noción de hiperactivación emocional extrema, donde el resultado se presenta como una falla para integrar los recuerdos traumáticos, manteniéndolos apartados o disociados de la conciencia ordinaria.

El concepto de disociación fue redescubierto en los años 80; los trabajos de Janet sobre el trauma, la memoria y el tratamiento de los estados disociativos, pasaron a formar parte de la bibliografía del tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático.

Uno de los legados más importantes de la Psiquiatría de fines de siglo XIX fue la preocupación por los orígenes traumáticos de la Histeria. En este sentido el francés Jean Martín Charcot, médico, profesor y director de la clínica Salpêtrière de París realizó una de las primeras exploraciones sistemáticas sobre la relación entre trauma y enfermedad.

Charcot estudió de qué manera el “choque nervioso”, provocado por un trauma, podía llevar a los pacientes a un estado mental similar al inducido por la hipnosis. Sus estudios fueron pioneros en describir los problemas de la sugestibilidad en la Histeria, en considerar a las crisis como síntomas disociativos y a los ataques histéricos como expresiones de problemas del mismo tipo, productos de una experiencia estresante.

Sigmund Freud, médico vienés y fundador del Psicoanálisis, y Pierre Janet, ambos alumnos de Charcot continuaron interesados en encontrar la causa de la Histeria. Por separado, llegaron a conclusiones similares: la histeria era causada por el Trauma Psicológico, que producía un estado alterado de conciencia. Janet llamó a esto Disociación.

Durante 1890 Freud desarrolló su Teoría de la Seducción, relacionando los síntomas con una experiencia sexual traumática.

En la Teoría del Trauma dentro del Psicoanálisis, la palabra “trauma” proviene del griego y significa “herida”. El término “traumatismo”, por otra

parte, designa las consecuencias de una lesión violenta sobre el conjunto del organismo. En cuanto al trauma en la literatura psicoanalítica, Freud incluyó en la esfera psíquica las significaciones inherentes a esta palabra: la de una herida violenta y la de consecuencias sobre el conjunto del organismo.

En los comienzos del Psicoanálisis (1890 –1897), la etiología de la Neurosis se atribuía a experiencias traumáticas pasadas. Su curación se buscaba en la “abreacción” y en la “elaboración psíquica” de las experiencias traumáticas. Sin embargo, posteriormente esta noción de cura pasó a segundo plano.

Durante este periodo inicial del Psicoanálisis, el trauma designaba a un acontecimiento puntual de la historia del sujeto, cuya fecha podía establecerse con exactitud y que resultaba subjetivamente importante por los efectos penosos que desencadenaba. El trauma implicaba una falta de “abreacción” de la experiencia vivida, que persistía en el interior del psiquismo como un “cuerpo extraño”. El acontecimiento recibía valor traumático mediante circunstancias específicas: las condiciones psicológicas en las que se encontraba el sujeto en el momento del acontecimiento, la situación real que le impedía una reacción adecuada y, finalmente, el conflicto psíquico que obstaculizaba la posibilidad de integrar en la personalidad consciente del sujeto la experiencia vivida.<sup>1</sup>

En 1895 en su artículo *Estudio sobre la Histeria*, Freud afirmaba que lo que conferiría el valor traumático a un acontecimiento sería la

---

<sup>1</sup> Laplanche y Pontalis, 1981.

imposibilidad de reacción ante el mismo y se preguntaba qué es lo que impide que esta reacción sea posible; abriendo así, el camino hacia la represión. Junto al psiquiatra vienés Josef Breuer planteó que algo se vuelve traumático por estar dissociado y permanecer fuera del conocimiento consciente, llamando a este estado Histeria Hipnoide.

En 1896 en la *Etiología de la Histeria*, Freud afirmaba que las experiencias sexuales prematuras estaban en la base de la Histeria. Posteriormente abandona esta teoría atribuyendo los recuerdos de abusos sexuales a fantasías y deseos infantiles.

En *Cinco Conferencias sobre Psicoanálisis* en 1910, aseguraba que los síntomas eran residuos de experiencias emotivas denominadas traumas psíquicos. Seis años después en la *Conferencia 18*, postulaba su teoría de la fijación al trauma, mencionando que sus pacientes estaban fijadas a un fragmento determinado de su pasado y por ende enajenadas del presente y del futuro. De esta manera descubre un rasgo universal de todas las Neurosis, la fijación, el hecho de quedarse rezagado en algún periodo del pasado.

En *Más allá del Principio del Placer* (1920), detectó que quienes sufrían de Neurosis Traumáticas perdían frecuentemente su preocupación consciente por los recuerdos del trauma sufrido, sosteniendo que la mayor inquietud de estos pacientes era evitar todo pensamiento relacionado al episodio estresante.

Durante la Primera Guerra Mundial, inicialmente se creyó que la sintomatología traumática era de origen físico, y se atribuyó al efecto de la explosión de las granadas.

Charles Samuel Myers, psiquiatra militar británico, en 1915 aplicó el término "shell shock", o "shock de las trincheras" para definir los distintos síntomas presentes en los soldados combatientes. Sin embargo, se podía detectar en soldados que nunca habían sido expuestos de manera directa a la acción de combate, lo cual llevó a suponer que las causas sintomatológicas eran con frecuencia puramente emocionales.

Myers en 1940, rechazó la relación entre la Neurosis de Guerra y los factores orgánicos como una conmoción molecular del cerebro, afirmando que la perturbación emotiva resultaba suficiente argumentación en sí misma, encontrando incluso similitudes con los síntomas de la Histeria.

La Segunda Guerra Mundial, el Holocausto europeo y la bomba atómica de Hiroshima subrayaron las secuelas psiquiátricas del trauma psíquico masivo. Los prisioneros de guerra y los sobrevivientes de los campos de concentración, frecuentemente sufrían de síndromes postraumáticos severos que persistían o empeoraban durante el transcurso de los años.

En 1941, el psiquiatra y psicoanalista estadounidense Abraham Kardiner escribió *The Traumatic Neurosis of War*, donde describió los síntomas asociados al Trastorno por Estrés Postraumático, incluida la amnesia. Junto con Herbert Spiegel, desarrollaron tratamientos para integrar las experiencias traumáticas.

Haremos un recorrido histórico sobre el Trastorno de Estrés Postraumático de la clasificación norteamericana que se inició en 1952, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). En la serie del DSM - I, fue definido como la "gran reacción de estrés", diagnóstico en el cual tuvo importante influencia el ya citado A. Kardiner y sus trabajos con veteranos de la Segunda Guerra. Allí se incluyó que este diagnóstico (gross stress reaction), describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerables.

En la segunda edición del DSM publicada en 1968, durante la guerra de Vietnam (1965-1975), esa clasificación desapareció y fue reemplazada por la de "Trastorno Adaptativo de la Vida Adulta".

En cierta equivalencia con los DSMs están las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. La CIE - 8 de 1965 tipificó el "Trastorno Situacional Transitorio", en el cual incluyó la fatiga de combate y la gran reacción de estrés. En 1975 la CIE - 9 definió la Reacción Aguda por Estrés, la que puede ser provocada por un estresor físico o mental y presentar diversos síntomas como predominio de alteración de las emociones, de la conciencia, con trastorno psicomotor o con estados mixtos. El DSM - III incorporó la categoría de TEPT propiamente dicho, y estableció los criterios diagnósticos e identificó dos subtipos: el Trastorno por Estrés Postraumático Agudo y Crónico o Retrasado.

Entre los criterios diagnósticos aparecieron las tres áreas sintomáticas que caracterizan al TEPT: el reexperimentar la vivencia del trauma, las

conductas de evitación y el estado de hiperalerta. El DSM - III - R de 1987 incorporó la duración de los síntomas entre los criterios diagnósticos y exigió que éstos debían durar por lo menos un mes. Además agregó que la severidad del estresor específico debía incluirse en el eje IV (severidad de estresores psicosociales). En la cuarta versión del DSM de 1994 se agregó un nuevo criterio diagnóstico que especificó que los síntomas debían provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo. El otro aspecto importante del DSM - IV fue la inclusión del diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo (TEA, 308.3) que ya estaba reconocido en la CIE - 10 de 1992.

La última versión revisada del DSM - IV enumeró posibles estresores para un TEPT: participar o combatir en una guerra (como soldado o población civil), ser víctima de violencia personal (agresión física, sexual o asaltos con violencia), ser secuestrado o tomado como rehén, ser víctima de ataques terroristas, ser torturado, permanecer en campos de concentración, sobrevivir a desastres naturales (terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones) o a desastres provocados por el hombre (incendios intencionales, desastres nucleares, explosiones), participar en accidentes de medios de transporte y recibir el diagnóstico de una enfermedad eventualmente terminal.

La CIE - 10 se adelantó al DSM - IV en la inclusión del TEA e incorporó el diagnóstico de cambio persistente de la personalidad por una experiencia catastrófica, aludiendo a situaciones como campos de concentración, desastres y catástrofes, cautiverio prolongado, exposición

prolongada a situaciones de amenaza para la vida (víctimas de actos terroristas) o torturas. Este diagnóstico excluyó la presencia de un TEPT.

Por lo expuesto, se podría decir, que fue con los ex - combatientes cuando se comenzó a prestar real atención a los efectos de la guerra. En 1970 la organización "Veteranos de Vietnam Contra la Guerra" (primera organización de veteranos de una guerra aún en curso en oponerse a ella), comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales. En respuesta a esto, poco tiempo después, se crearon los "rap groups" integrados por veteranos y desarrollados por una red informal de profesionales preocupados por la falta de reconocimiento de los efectos devastadores que la Guerra de Vietnam había tenido en los combatientes.

Un estudio a largo plazo sobre la traumatización masiva de las víctimas de los campos de concentración, realizada por H. Krystal (1968-1978), mostró que la experiencia central del individuo traumatizado consistía en el abandonarse y aceptar la muerte y destrucción como inevitable. Este autor escribió que la respuesta del trauma comprende, desde un estado de ansiedad e hiperalerta, a un bloqueo progresivo de las emociones e inhibición comportamental, y destacó que el trauma lleva a una "desdiferenciación de afectos". Según este autor muchos pacientes traumatizados experimentan sus reacciones emocionales como estados somáticos y su hiperactivación crónica los lleva a perder la habilidad de detectar el significado personal de los sentimientos y estados corporales. En consecuencia, estos pacientes se tornan proclives a tormentas afectivas

indiferenciadas y a reacciones psicosomáticas desprovistas de significado personal, que no los llevan a respuestas adaptativas.

En 1978 Charles Figley, veterano de Vietnam e investigador del tema, publicó el primer libro de esta nueva era del estudio del Trauma: *Stress disorders among Vietnam veterans*, en el que se delinearán las características principales de lo que luego se conocería como Trastorno por Estrés Postraumático. Con el objetivo de completar los efectos biopsicosociales del trauma trabajó además con dos poblaciones particularmente traumatizadas: mujeres y niños, sobre la base de una corriente integradora. Sustentado en el movimiento pacifista, el estudio de las secuelas traumáticas de la guerra llevó a cristalizar el reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno debido a los hechos traumáticos.

En 1980 la American Psychiatric Association (APA) incorpora en el DSM - III el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Los diferentes síndromes como el de trauma por violación, el de una mujer golpeada, el de veteranos de Vietnam, el de niños abusados, fueron resumidos con considerables variantes, en este nuevo diagnóstico. De todos modos, debemos señalar que el diagnóstico de TEPT del DSM - III no fue el resultado de un estudio cuidadoso, basado en un análisis factorial de los síntomas de estas Neurosis Traumáticas, sino una compilación de síntomas a los que se arribó mediante estudios bibliográficos de registros clínicos y procesos políticos.

Los resultados de las investigaciones empíricas ayudaron a redefinir los criterios diagnósticos del TEPT en el DSM - IV. Principalmente lo que se

modificó fue la definición del evento traumático. Asimismo, la “culpa por el hecho de haber sobrevivido” fue suprimida en el DSM – IV, y se modificó la ubicación del síntoma del “aumento de la reacción fisiológica ante los estímulos que recuerden al trauma”, que en el DSM - III se encontraba dentro del criterio de hiperactivación (criterio D), colocándolo dentro del criterio de intrusión (criterio B).

El diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático difiere de los otros trastornos, debido a que incluye la causa dentro de los criterios diagnósticos; esto es: requiere de un suceso traumático o agente estresante severo y explícito para poder ser diagnosticado.

Durante el siglo XX, la Teoría del Estrés ha constituido uno de los paradigmas centrales de la Psicología. Uno de los primeros investigadores sobre el tema fue el médico austriaco Hans Selye (1956), el cual planteó como núcleo un modelo homeostático de auto - conservación y reubicación de recursos en respuesta a la adversidad. El mismo se vuelve traumático, precisamente cuando ocurre un daño psicológico análogo al físico. Es decir, cuando se transgrede lo que diferentes autores denominaron: la hipotética barrera para los estímulos (Freud, 1955); los esquemas cognitivos (Janoff – Bulman, 1985,1992); el efecto personal (Krystal, 1978); los mecanismos neurales que gobiernan la habituación y el aprendizaje (Kolb, 1987); las redes de memoria (Pitman, 1988); o, las vías de aprendizaje emocional (LeDoux y col., 1989,1992).

Continuando con la Teoría del Estrés, Richard Lazarus y S. Folkman (1984), publicaron: *Stress, Appraisal and Coping*, poco tiempo después de la

aparición del DSM - III (1980). Sin mencionar el TEPT ni a ningún otro trastorno del Eje 1, estudiaron el efecto de agentes estresantes moderados, sugiriendo que las alteraciones en el funcionamiento social, la disminución de la moral y la pobre salud somática son formas típicas de salida negativa, consecuencia de una falla en el afrontamiento al Estrés.

Entre el final de la Segunda Guerra Mundial y el año 1990 se contaron 127 guerras y un total de 21,8 millones de muertos como consecuencia. Desde entonces a la fecha, con los conflictos en los Balcanes, el medio oriente y el Golfo Pérsico, las guerras civiles en África y América Latina y la omnipresente amenaza del terrorismo en todas sus formas, estas cifras probablemente se han duplicado. Si a ello se unen factores tales como pobreza, fragmentación social, desnutrición y enfermedades infecciosas tipo SIDA, la acumulación sostenida de traumas desafía todo intento de descripción o aprehensión. El TEPT es a la vez una y la suma de todas las consecuencias de esta catástrofe colectiva.

Durante las dos últimas décadas, a raíz de la descripción del TEPT se produjeron innumerables trabajos científicos. Nuevos descubrimientos y variantes del problema fueron desarrollados. El tema de la violencia y del Estrés Traumático comenzó a ser estudiado por diferentes grupos en Europa, Estado Unidos, Sudáfrica e Israel.

En Argentina, haciendo referencia a la Guerra de Malvinas, es necesario destacar que el sistema sanitario de nuestro país, tanto a nivel militar, como público o privado carecía de una estrategia adecuada para la asistencia y tratamiento de personas que había participado de acciones

bélicas, contribuyendo al agravamiento del deterioro psíquico que la guerra en sí misma había producido. (Bentolila y Gómez Cabrera, 2001)

En marzo de 1997 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires pone en marcha el "Programa de Salud del Veterano de Guerra Bonaerense", el cual se gesta como respuesta a la inquietud de un grupo de excombatientes, quienes impulsados por la angustia de tantos compañeros suicidados y la manicomialización como única forma de respuesta intentada, buscaban alternativas terapéuticas. Este programa fue coordinado desde la Dirección de Salud Mental, y se implementó como un dispositivo de prevención terciaria, no debiéndose perder de vista que se inicia a quince años del evento traumático, con lo que esto significa en relación a las secuelas.

Con antecedentes históricos de Dictaduras Militares y transcurridos más de veintidós años de la Guerra de Malvinas, han acontecido numerosos hechos en la historia de nuestro país, dentro de los cuales podríamos enumerar el atentado a la Embajada de Israel y la AMIA, la explosión en la Fábrica Militar Río Tercero, las inundaciones en Santa Fé y el reciente incendio en Cromagnon. Se podría decir que hubo avances en la planificación a nivel nacional y provincial en programas de Salud Pública.

### III. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

#### 1. Crisis

A lo largo de la literatura, se ha venido utilizando el concepto de emergencia como sinónimo de desastre o catástrofe. No parece estar clara la existencia de un consenso en cuanto a la terminología, pero lo que sí está claro es que existe una diferencia en cuanto a la gradación de los efectos o consecuencias que puede tener un hecho determinado y el ámbito social y físico que abarca. Es necesario tener en cuenta la diversidad de problemas psicosociales, culturales, la experiencia pasada del sujeto, los factores biológicos, así como las expectativas y miedos de cada persona.

A continuación enumeraremos algunas delimitaciones que varios autores han efectuado en torno a estos conceptos:

##### *A. Emergencias*

Son aquellos en los que son suficientes los recursos médicos y de asistencia locales, por ejemplo los accidentes de tráfico. (Auf Der Heide, 1989)

Es una situación inesperada que rompe de manera violenta el curso normal de nuestras vidas. La emergencia afecta de manera integral nuestra existencia como personas, como comunidad y como país, obligándonos a redefinir nuestros proyectos de vida.

El carácter imprevisto, violento y masivo de la emergencia desborda la capacidad de los individuos y grupos para responder de una manera efectiva generando miedo, angustia y diversas reacciones. (Chacon Andrade, E.)

## *B. Desastres*

Son eventos que requieren para su resolución una mayor infraestructura, bien por la falta de servicios locales o bien por la excesiva magnitud del suceso; se habla de desastre cuando el número de heridos, el número de damnificados o los costes económicos suponen una alarma en la población; además, éste se podrá medir por la capacidad económica de un país (por el PNB). Este tipo de sucesos implican la pérdida o la amenaza de la vida o de la propiedad, perturban el sentido de la comunidad y a menudo, provocan consecuencias adversas para los supervivientes. Sus momentos de ocurrencia pueden llegar a ser fácilmente determinables o predecibles (Auf Der Heide, 1989).

También se le suele definir como aquel evento en el cual se rebasa la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

La Asociación Psicológica Americana lo conceptúa como: "Evento relativamente súbito de gran destrucción, limitado en el tiempo, no obstante sus efectos pueden ser duraderos y públicos (afectan a más de una familia), esto incluye fuerzas de la naturaleza, huracanes, terremotos, accidentes tecnológicos por error humano, accidentes de aviación, contaminaciones tóxicas, impredecibles actos de violencia, entre otros.

Por lo tanto, un desastre es todo evento de presentación súbita que por su naturaleza o manifestación generan gran impacto material y emocional así como social y económico, por la magnitud de los sucesos destructivos. Se encuentra limitado en el tiempo rebasando la capacidad de respuesta de la comunidad, generando efectos que pueden ser duraderos.

### C. Catástrofes

También se les puede denominar "desastres masivos", en los cuales, las consecuencias destructivas están más extendidas, afectan a un mayor número de personas y a bienes materiales y, por lo tanto, suponen un gran esfuerzo y coordinación por parte de las instituciones públicas y/o privadas que se dedican al auxilio y protección de los sujetos afectados de todo el territorio nacional. (Auf Der Heide, 1989).

Todos estos tipos de hechos traumáticos tienen en común el ser sucesos graves, repentinos, peligrosos y que pueden causar la pérdida de vidas y bienes materiales. Por todo ello, los sujetos van a estar más expuestos a sufrir un cambio repentino en sus vidas por tratarse de una situación de estrés extremo, pudiendo desembocar en una situación de "crisis".

### D. Crisis

Una crisis es un estado temporal de trastorno y de desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Haciendo un análisis semántico de la palabra crisis, encontramos que el término chino de crisis (weiji) significa peligro y oportunidad, ocurriendo al mismo tiempo; la palabra inglesa se basa en el griego *krinein* que significa

decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el cual habrá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott, 1968).

Algunos teóricos enfatizan en distintos aspectos, Gerald Caplan (1964) pone énfasis en el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la resolución de problemas o enfrentamientos durante el estado de crisis; Taplin (1971) subraya el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para mejorar situaciones nuevas y dramáticas.

La situación de crisis va a depender de los recursos adaptativos del sujeto, pudiendo aparecer, bien en una situación estresante en la propia evolución del individuo (crisis en el desarrollo), o bien en otras en las que un suceso vital estresante las precipita (crisis circunstanciales).

Las crisis en el desarrollo son aquellas relacionadas con el traslado desde una etapa de crecimiento a otro, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización, es probable una crisis. Desde este punto de vista muchas de estas son "predecibles".

Las crisis circunstanciales, en cambio, son accidentales o inesperadas y el rasgo más sobresaliente es que se apoya en algún factor ambiental. En estas estarían incluidos tanto las emergencias cotidianas, como los desastres y las catástrofes.

Según Slaikeu (1984), la crisis circunstancial tiene cinco características:

1. Trastorno repentino: aparece de imprevisto y afecta desde ninguna parte a todos al mismo tiempo.
2. Lo inesperado: no puede ser anticipada.
3. Calidad de urgencia, porque amenazan el bienestar físico o psicológico, requieren de acción inmediata. Las estrategias de intervención en crisis deben por consiguiente tener en cuenta prioridades para valorarlas rápidamente, seguidas de la ejecución de etapas de acción apropiadas.
4. Impacto potencial sobre comunidades completas: las crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo desastres naturales), requiriendo intervención sobre grandes grupos en un periodo relativamente corto.
5. Peligro y oportunidad: Inicia alguna forma de reorganización, puesto que estos sucesos exigen nuevos métodos de enfrentamiento y proporcionan la ocasión para examinar y reelaborar problemas personales no resueltos en el pasado, por lo tanto la crisis puede desembocar en un mejoramiento o deterioro de la situación de la persona.

Algunos síntomas de las crisis, tales como la desorganización son también características de ciertas formas de psicopatología, aunque en la crisis, dicha desorganización es una "respuesta normal a una circunstancia anormal". La crisis no necesariamente indica psicopatología o anormalidad, también se contempla como positiva, un concepto orientado hacia el crecimiento y la salud.

## 2. Evento Crítico

También denominado como Acontecimiento Traumático, ha sido definido por la Asociación Psiquiatría Americana (1987), como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida, que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero.

El Acontecimiento Traumático provoca una demanda para el organismo y dependiendo del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización en un determinado lapso de tiempo y aun determinado costo para esa persona.

Los eventos traumáticos son, en la mayoría de las ocasiones, inesperados e incontrolables y por su fuerte impacto bloquean las habilidades de una persona o grupo produciendo una crisis. Afectan de manera intensa la sensación de seguridad y auto - confianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Ejemplos de este tipo de situaciones son: accidentes, desastres naturales, asaltos / delitos / violaciones, abusos físicos, torturas, secuestros y experiencias de combate.

### 3. Trauma

En griego significa "herida". Efecto de un acontecimiento que se caracteriza por ser intenso y por superar las posibilidades de la persona para elaborar respuestas adecuadas.

Entendemos por trauma a la presencia de trastornos emocionales en el sujeto, producto de la exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica. Cualquier hecho grave de carácter amenazante, exige un esfuerzo importante de afrontamiento; el cual se manifiesta en la víctima de distintas maneras, como ser: pesadillas o reminiscencias, apatía, irritabilidad, perturbaciones emocionales, trastornos del sueño, entre otros.

### 4. Estrés

El estrés es el conjunto de reacciones biológicas y psicológicas que se desencadenan en el organismo, cuando éste se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo, cualquiera sea su naturaleza.

En 1934, Hans Selye enunció por primera vez el concepto de Estrés, definiéndolo como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante.

Posteriormente observó fenómenos relacionados con el Estrés que se conoce como Síndrome General de Adaptación (SGA), como la respuesta inespecífica del organismo a cualquier exigencia hecha sobre él, el mismo se desarrolla en tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento.

Hasta la fecha, la concepción del Estrés ha ido evolucionando. Según Cazabat (2000), podemos definir el Estrés como los procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto. El concepto moderno de Estrés, entonces, refleja la interacción entre 3 factores:

- El entorno
- La manera como la persona percibe el entorno (función de la personalidad, experiencias previas, etc).
- La percepción de los propios recursos de la persona para enfrentar las demandas del entorno (o Autoeficacia Percibida).

De acuerdo con Selye, esto provoca en el individuo dos tipos de respuesta: de afrontamiento o de huida (*fight or flight*, en inglés), que generan respuestas fisiológicas como aumento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea, se dilatan las pupilas, se tensan los músculos, se produce una vasoconstricción periférica, aumenta la glucemia, se libera adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, etc.

Por otra parte, Trucco (2002) delimita el concepto de Estrés como un conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica. En

el caso de Estrés Psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce Estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente. Del mismo modo, puede producirse Estrés cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa.

Los conceptos de crisis y Estrés se confunden con frecuencia: Viney (1976), ofrece las siguientes diferencias entre ambos:

- Los patrones de enfrentamiento durante la crisis son diferentes de aquellos relacionados con el estrés, ya que parecen ser “más personales” usando menos el núcleo familiar y apoyos informales.
- Durante el estado de crisis, el individuo tiende a ser menos defensivo y más abierto a las sugerencias, influencias y apoyos (Halpern, 1973), aunque esto no es característico del Estrés.
- El resultado de la crisis puede ser de debilitación o crecimiento. El Estrés, está comúnmente relacionado con la patología y tiene como óptimo resultado la adaptación al deterioro y aflicción causados por circunstancias de la vida o el regreso al estatus quo (Selye, 1976).

La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto (alrededor de seis semanas), mientras que el Estrés no está considerado para tener esta cualidad autolimitante. Se considera con frecuencia, como un trastorno crónico, desarrollándose con el tiempo, y la crisis se relaciona con un trastorno repentino.

## 5. Reacciones Comunes Ante Situaciones de Crisis

Diferentes autores coinciden en que las respuestas posteriores al hecho traumático más comunes suelen ser:

- Alteraciones físicas: frecuentemente aparecen recuerdos muy vivos sobre el acontecimiento traumático (flashbacks), que pueden surgir sin motivo evidente y que provocan que se reviva la situación, haciendo que se produzcan reacciones físicas bruscas tales como taquicardias o sudoración. Ante la tensión extrema pueden aparecer síntomas físicos tales como dolores de cabeza, náuseas, sensación de opresión en el pecho, que pueden requerir atención médica. Si existieran alguna enfermedad previa, puede verse agravada. También se producen problemas o interrupciones en las pautas de alimentación y/o de sueño.
- Alteraciones cognitivas: se produce una sensación de pérdida de control de la situación. Pueden aparecer dificultades en la memoria, la concentración y en la toma de decisiones.
- Alteraciones emocionales: suele aparecer un entumecimiento emocional, profundos sentimientos de pérdida, soledad, desolación, indefensión, desamparo y miedo hacia todo, así como dificultad para expresar sus sensaciones. También aparecen sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido y por no haber hecho algo más para ayudar a otros o para evitarlo. Además, los aniversarios del acontecimiento (en términos de semanas, meses o años), así como los sonidos, olores, imágenes, que la víctima pueda haber asociado con el desastre puede funcionar como

disparador y evocar de forma vívida el acontecimiento traumático, provocando un miedo intenso a que se repita.

- Alteraciones conductuales: se produce un aislamiento que puede llegar a paralizar prácticamente el normal funcionamiento cotidiano. Hay una reducción de los contactos interpersonales; la víctima se aparta o evita, en mayor o menor grado, el contacto con sus familiares y amigos, así como sus actividades cotidianas, incluidas aquellas que hacía por placer. También pueden aparecer conductas adictivas (principalmente drogas, alcohol o fármacos), así como conductas de violencia doméstica o autolesivas (suicidio).

Según K. Slaikeu (1984), un individuo puede ser del todo "normal" y súbitamente estar completamente desorganizado como resultado de un suceso traumático. Esta desorganización puede considerarse como una "respuesta normal a una circunstancia anormal".

## 6. Recursos

Cómo responde un individuo a un suceso precipitante y posteriormente penetra en una experiencia de crisis, depende de sus recursos materiales, personales y sociales.

Al enfrentar un evento estresante, el individuo por lo general apela primero a su reserva de mecanismos emocionales internos, a fin de resolver el problema que tiene ante sí. Cuando estos mecanismos fracasan, la persona suele recurrir al apoyo de su red social. Esta estrategia de resolución de problemas, que se basa primero en los recursos personales y

después en los sociales, es el modelo generalizado de conducta que emplea casi toda la gente.

- Recursos materiales: dinero (disponibilidad, cantidad), comida, vivienda y transporte. Un déficit en cualquiera de estas áreas tiene el potencial para cambiar moderadamente un suceso estresante y convertirlo en una crisis. Los procedimientos de intervención en crisis deben contribuir, por consiguiente, a valorar el grado en que la carencia de recursos materiales está agravando la situación.

- Recursos sociales: se refieren a las personas que integran su medio ambiente inmediato, en el momento de crisis, como familia, amigos y colaboradores de trabajo.

Según el *Manual para trabajadores* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en 1999, la red social o sistema de apoyo es el grupo de individuos que ejercen influencia mutua en sus propias vidas para satisfacer necesidades humanas específicas. Para el individuo, la red social proporciona a la persona información, asesoramiento, protección y refuerzo de la individualidad y valía personal, puesto que a menudo es fuente de respeto, aprobación y definición de sí mismo.

Los vínculos en una red de apoyo social dependen del tipo y calidad de la comunicación entre sus miembros. Los grupos sociales tradicionales, estables y estructurados tienden a promover vínculos estrechos y, por ende, protegen a sus miembros contra las consecuencias patológicas en la etapa posterior a la crisis. Sin embargo, esta infraestructura puede alterarse o desaparecer en un desastre grave. Los profesionales que prestan atención a

los damnificados deben estar al tanto de la existencia y uso de los sistemas que proporcionan apoyo social y emocional.

- Recursos personales: hacen referencia a la fuerza del yo, historia previa al abordar situaciones estresantes, la existencia de cualquier problema de la personalidad no resuelta, y el bienestar físico. Estos factores también pueden determinar que un suceso particular conduzca a una crisis, sobreviniendo la desorganización y el trastorno emocional.

Dentro de los recursos personales, desarrollaremos dos conceptos que consideramos relevantes por ser utilizados en los diferentes marcos teóricos, estos son: estrategias de afrontamiento y resiliencia.

Lazarus y Folkman (1984) definen el Afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979).

Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997).

Según el *Manual para trabajadores* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en 1999, el afrontamiento es aquella conducta que protege a la persona contra el Estrés interno y externo. Esta conducta implica adaptación, defensa y control. La conducta de enfrentamiento nos protege de la descompensación psicológica y fisiológica; suele incorporar respuestas de acción, pero también procesos de evaluación cognoscitivos, emocionales y perceptuales. Para resolver la crisis, la persona puede tratar de cambiar la fuente de Estrés o redefinir la situación de amenaza en función del significado o gravedad del problema. Además, la persona puede tratar de encontrar la forma de acomodarse y transigir, por ejemplo, mediante la aceptación pasiva, la negación, las creencias religiosas o en el destino.

La palabra *resiliency* nació en la física designando la capacidad de un cuerpo para resistir un choque (soltura de reacción, elasticidad), sería la capacidad de un material para recobrar su forma original después de

someterse a una presión deformadora. Se atribuía demasiada importancia a la sustancia, por ello, cuando las Ciencias Sociales tomaron este concepto, lo redefinieron como "la capacidad para triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, a pesar de la fatiga o de la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo"<sup>2</sup>.

El concepto de resiliencia es por lo tanto, la capacidad que tiene el ser humano o la comunidad para afrontar las adversidades y salir incluso transformados. Esta definición incluye o abarca más que la capacidad de enfrentar, es una actitud, una forma diferente de percibir los acontecimientos. Por ello, en término de acción, conviene identificar dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad para proteger la propia integridad bajo presión; y la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles.

La resiliencia se puede adquirir, no se nace resiliente, ni se adquiere "naturalmente" en el desarrollo sino que depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos. }

## 7. Factores de Riesgo

Según Weissman (1987), un factor de riesgo es una característica o condición especial, cuya presencia se asocia a un incremento en la posibilidad de que un trastorno específico esté presente o se desarrolle. Este concepto se basa en el descubrimiento de una relación estadística

---

<sup>2</sup> Vanistendael, C. *Cles pour deveir: la resilince*, Les Vendredis de Chateauvallon. BICE (Bureau Internanional Catholique de l'Enfance), 1996.

significativa entre un trastorno y un factor determinado; por ejemplo, entre la depresión y los sucesos vitales recientes, entre el trastorno bipolar y los antecedentes familiares. El factor de riesgo no es necesariamente un factor causal. A su vez, un mayor riesgo puede estar ligado a otros factores de riesgos o puede ser el resultado del trastorno. Una medida ampliamente utilizada para ver el grado de asociación entre un posible factor de riesgo y un trastorno, es un riesgo relativo, el cual se define como la relación entre las tasa de enfermedad en individuos expuestos o no al mismo.

Según Alfredo Cia (2001), los factores que influyen el riesgo de sufrir un TEPT, a consecuencia de una exposición traumática puede diferenciarse en pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos. Ver *Figura 1: Factores que influyen en el desarrollo del TEPT*.

- Pretraumáticos, entre los cuales se incluyen:
  - Género: las mujeres presentan el doble de posibilidad de desarrollar un TEPT, respecto a los hombres, en algún momento de sus vidas.
  - Edad: adultos jóvenes, menores de 25 años.
  - Educación: personas sin educación terciaria.
  - Traumas infantiles: aquellos que experimentaron abuso sexual o físico infantil.
  - Adversidad en la infancia: reprivación económica o afectiva por pérdida o separación parental u orfandad.
  - Exposición previa a traumas: en forma de accidentes graves, abuso, maltrato, violación, migraciones forzadas, etc.
  - Trastorno psiquiátrico preexistente: de cualquier clase.

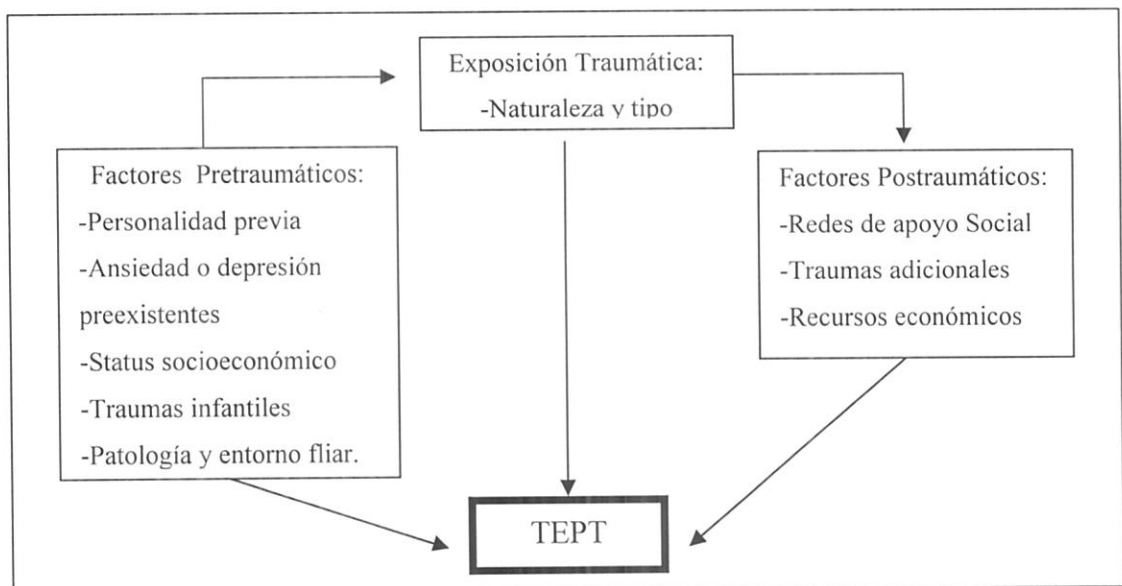
- Vulnerabilidad genética: hay investigaciones que indican una posible tendencia genética al desarrollo del TEPT, una vez expuesto a un trauma. De manera inversa otras personas parecen presentar una resistencia y una mayor capacidad de recuperación al impacto del trauma.
- Antecedentes personales en la adultez.
- Exposición a diferentes traumas.
- Eventos vitales adversos: divorcio, desocupación, muertes recientes, deudas acumuladas.
- Salud física deteriorada.
- Historia familiar con trastornos psiquiátricos.
- Peritraumáticos: implican las características del evento (individual, grupal, accidental o provocado), entre los cuales se incluyen:
  - Intensidad y duración del acontecimiento: a mayor magnitud o severidad de la exposición traumática mayor es la posibilidad de desarrollar un TEPT. También está relacionado con su repetición en el tiempo (hecho único o reiterativo).
  - Naturaleza del trauma: la característica del agente estresante influye sobre el riesgo de padecer la enfermedad, siendo los provocados intencionalmente por el hombre los de mayor riesgo que los accidentales o los desastres naturales.
  - Proximidad de la exposición al acontecimiento traumático: como perpetrador, testigo o víctima de las mismas.
- Postraumáticos, entre los cuales se encuentran:

- Pobre apoyo social y familiar.
- El desarrollo de un TEA (trastorno de estrés agudo): permanece aun como objetos de estudio.
- Reacción inmediata al trauma: como la disociación peritraumática, la activación fisiológica o síntomas evitativos tempranos se encuentran bajo investigación como posibles factores de riesgo para el TEPT.

En la bibliografía encontrada, también hay otra forma de clasificar los factores de riesgo, dividiéndolos en:

- Referidos al trauma
- Referidos al individuo que lo padece

*Figura 1: Factores que influyen en el desarrollo del TEPT*



César Carvajal en *Trastorno por estrés postraumático* (2002) cita a otros autores, los cuales han propuesto que los factores que contribuyen a graduar la intensidad de la respuesta al trauma son la capacidad de control

que tiene el sujeto sobre la situación misma, la capacidad de predecir el hecho y la amenaza percibida (Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992).

Un soporte social débil o ausente, o la aparición de algún acontecimiento vital significativo con posterioridad al hecho traumático constituyen factores de riesgo de mayor importancia que las características propias del trauma, como la severidad de éste (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

A su vez el TEPT puede constituirse en factor de riesgo para otras patologías médicas.

#### 8. Trastorno por Estrés Postraumático

El Trastorno por Estrés Postraumático refiere a la exposición del sujeto a un agente estresante y a las consecuencias posteriores del mismo.

Un agente estresante, según el DSM - III, era un estrés reconocible capaz de provocar síntomas significativos en las personas. Posteriormente el DSM - III - R lo definió como un acontecimiento ajeno al marco habitual de las experiencias humanas. El DSM - IV afirma que son experiencias relacionadas con la muerte, o amenazas a la propia integridad física o la de otros. El sujeto frente a ellos, responde con temor, desesperanza u horror intenso. La CIE - 10 lo define como una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría, por sí misma, malestar generalizado en la mayoría de los individuos.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Cía, Alfredo H. Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y tratamiento integrado. 2001.

Según Cesar Carvajal (2002), el TEPT se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad.

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y por otra el trauma. Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). Este autor considera que una denominación más adecuada para el TEPT que no lleve a confusión, podría ser "trastorno por distrés postraumático". Por otra parte, la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de Estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico.

El DSM - IV, lo caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

#### A. Características diagnósticas

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por Estrés Postraumático (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 del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en 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 (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).

(7) Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del 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 1 mes.

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

*Especificar si:*

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

## B. Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Según el DSM - IV, en este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. También queda por aclarar hasta qué punto estos trastornos preceden o siguen al inicio del Trastorno por Estrés Postraumático.

## C. Síntomas dependientes de la cultura y la edad

Aunque algunos acontecimientos suelen ser vividos traumáticamente por la mayoría de personas, el CIE - 10 plantea que la intensidad y el tipo de las respuestas pueden estar modulados por las diferencias culturales en el valor que se da a las pérdidas humanas. También pueden existir estrategias de adaptación características de culturas específicas. Por ejemplo, los síntomas disociativos pueden presidir las respuestas agudas de estrés en aquellas culturas en que este tipo de comportamientos está sancionado.

## D. Prevalencia

Según el DSM - IV, los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (por ejemplo, veteranos de guerra, víctimas de

erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58 %.

El CIE - 10 agrega que la prevalencia del Trastorno por Estrés Agudo en la población expuesta a acontecimientos traumáticos de carácter extremo depende de la intensidad y persistencia del trauma y del grado de exposición a éste.

#### E. Curso

Según el DSM - IV, el Trastorno por Estrés Postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Agudo. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de activación (*arousal*) pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

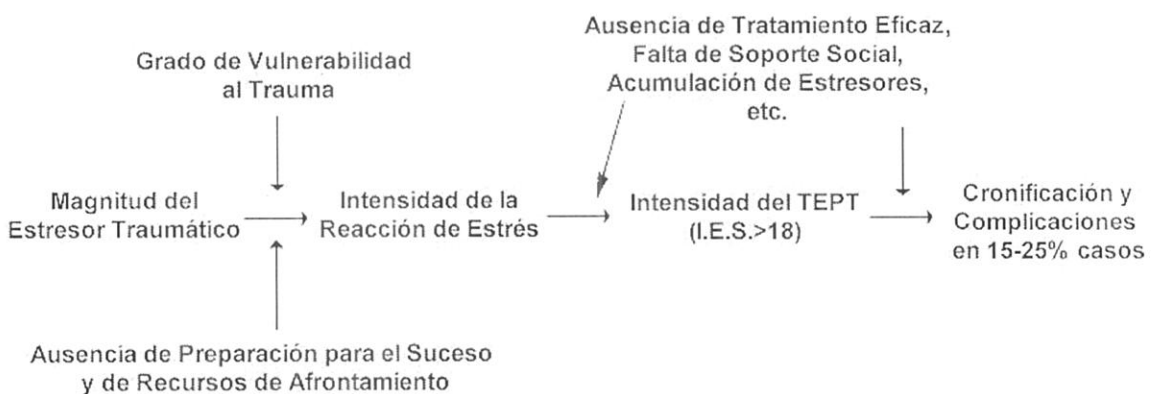
El CIE - 10 también plantea la distinción entre el Trastorno por Estrés Agudo y el TEPT indicando que los síntomas del Trastorno por Estrés Agudo se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como

mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las 4 primeras semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando los síntomas persisten más de 1 mes, puede estar indicado el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático si se cumple la totalidad de sus criterios diagnósticos.

Por la gran variabilidad del curso longitudinal del TEPT, con formas denominadas agudas, diferidas, crónicas, intermitentes, residuales y reactivadas, se ha sugerido que en realidad se trata de un síndrome postraumático, más que una verdadera entidad nosológica. Algunas personas se recuperan a lo largo del tiempo (aproximadamente el 60% de ellos), mientras que en otros se produce una alteración progresiva del sistema de respuesta de estrés individual, con cronificación del trastorno (Mingote, Machón, Isla, Perris y Nieto, 2001). Ver

*Figura II.*

*Figura II: Factores de Riesgo de Cronificación*



Si la intervención se demora mucho tiempo, el paciente estructura su vida en torno de los síntomas, dañando las actividades sociales, interpersonales, laborales, etc. por lo que la recuperación es más lenta y dificultosa (Cazabat, 2001).

## F. Comorbilidad

Feinstein (1970), definió a la comorbilidad como una entidad clínica adicional que ha existido o puede aparecer durante la evolución clínica de un paciente que sufre de una enfermedad principal y que se encuentra bajo estudio. Este término se limita a enfermedades o trastornos y no a síntomas.

Para Michels y Marzuk (1993) la comorbilidad es la ocurrencia simultánea de dos o más trastornos mentales en un mismo sujeto.

Según Kessler y col., (1995), aproximadamente el 80% de los sujetos con TEPT responderán al criterio de alguna otra patología, como trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de abuso de sustancias o uso de químicos.

Los trastornos comórbidos más comunes son: Depresión Mayor (DM), Distimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Fobia Específica (FE), Fobia Social (FS), Trastorno de Pánico (TP), abuso de sustancias, abuso de alcohol, Trastorno de Conducta, suicidio, somatizaciones, Trastornos de Alimentación y Disociativos, problemas matrimoniales y Trastorno de Personalidad Múltiple.

Esto es importante, no sólo para una posible existencia de comorbilidad, sino también para un diagnóstico diferencial adecuado.

## G. Diagnóstico diferencial

Según el DSM - IV, en el Trastorno por Estrés Postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (por ejemplo, un peligro para la

vida); en cambio, en el Trastorno Adaptativo (TA) el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico del TA es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del TEPT (o cualquier otro trastorno mental específico) como cuando el cuadro sintomático típico de Trastorno por Estrés Postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (por ejemplo, abandono del cónyuge, pérdida del puesto de trabajo).

No todos los síntomas psicopatológicos que aparecen en individuos expuestos a un factor estresante de carácter extremo deben atribuirse necesariamente a un Trastorno por Estrés Postraumático.

Los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación (*arousal*) previos al acontecimiento traumático no reúnen los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático y deben ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos (por ejemplo, un trastorno del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad). Es más, si el cuadro sintomático, pese a aparecer como respuesta a un factor estresante de carácter extremo, reúne los criterios de otro trastorno mental (por ejemplo, Trastorno Psicótico Breve, Trastorno de Conversión, Trastorno Depresivo Mayor), en vez de un Trastorno por Estrés Postraumático, o además de él, debe diagnosticarse el otro trastorno mental.

Según el DSM - IV - TR (2001), el Trastorno por Estrés Agudo (TEA) se refiere a personas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático que se correspondan a los criterios A punto 1 y 2.

El Trastorno por Estrés Agudo se diferencia del Trastorno por Estrés Postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe durar como mínimo dos días y resolverse en las primeras cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de un mes y reúnen los criterios de Trastorno por Estrés Postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo por el de Trastorno por Estrés Postraumático.

Los síntomas del TEA son muy similares a los del TEPT, sin embargo un individuo con Trastorno de Estrés Agudo debe cumplir con uno de los siguientes criterios: reexperimentación (B), evitación (C), hiperactivación (D); a diferencia del TEPT que requiere de la presencia simultánea como mínimo de 3 síntomas del criterio C y 2 o más del D.

#### H. Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE - 10 para el Trastorno por Estrés Postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una «naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, susceptible de provocar un malestar permanente en prácticamente cualquier individuo».

El diagnóstico de la CIE - 10 difiere del propuesto en el DSM - IV, ya que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, pudiendo ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM - IV, los

Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas.

### I. Instrumentos Diagnósticos

A partir de que el TEPT pasó a formar parte de la nomenclatura psiquiátrica oficial (1980), comenzaron a efectuarse estudios epidemiológicos e investigaciones para determinar los efectos de la exposición al trauma, las cuales brindaron las bases para una correcta evaluación y diagnóstico de esta enfermedad. Se desarrollaron una multiplicad de técnicas, entre ellas: entrevistas libres, semi – estructuradas y estructuradas, técnicas psicométricas y protocolos psicofisiológicos.

Cía (2001), clasifica los instrumentos para evaluar la exposición a traumas para personas adultas, en cuatro categorías. Ver *Cuadro 1*.

*Cuadro 1: Instrumentos*

Categoría	Uso	Instrumentos
Escalas que evalúan la Exposición a Traumas	Según el criterio A1 del DSM-IV, evalúan si el individuo estuvo expuesto a un evento traumático	-TSS: Traumatic Stress Schedule -PSEI: Potencial Stressor Experiences Inventory -TEQ: Traumatic Events Questionnaire -ELS: Evaluation of Lifetime Stressors -WWSS: Women's Wartime Stressor Scale -CES: Combat Exposure Scale -HTQ: Harvard Trauma Questionnaire
Instrumentos Diagnósticos	Entrevistas estructuradas basadas en parámetros del DSM-IV, para el diagnóstico del TEPT. Permiten detectar diagnósticos comórbidos.	-SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV -CAPS: Clinical Administered PTSD Scale -Entrevistas del TEPT -Escala Autoevaluativa de Davidson para el TEPT -DIS-IV: Diagnostic Interview Schedule IV
Escalas que	Cuestionarios que evalúan	-PTSD Checklist (listado del TEPT)

evalúan la Severidad de los Síntomas del TEPT	la intensidad de los síntomas. Criterios B, C y D del DSM-IV.	-Escala de Síntomas del TEPT -Escala PK del MMPI-2 -Escala PS del MMPI-2 -IES-R: Escala de Impacto de los Eventos Traumáticos-revisada -TSI: Inventario de Síntomas del Trauma
Instrumentos Psicométricos	Diagnóstico del TEPT	-MMPI (posee dos subescalas específicas para el TEPT) -Rorschach y WAIS*

Según estudios realizados en nuestro país, la Escala de Trauma de Davidson (DTS) cuenta con propiedades psicométricas alentadoras para evaluar el Trastorno por Estrés Postraumático (Villafañe, Melanesio, Marcellino y Amodei, 2003).

## 9. Tipos de Prevención

- **Primaria:** es proactiva, intenta desarrollar fortalezas, recursos adaptativos y salud en las personas; esta dirigida a un conjunto de población, sobre todo a grupos de alto riesgo; las principales estrategias y modelos de prevención primaria son educativas y de ingeniería social, no incluye terapia o rehabilitación. El modelo de prevención primaria asume que el mejor procedimiento de evitar problemas y mal adaptaciones no es eliminar los problemas florecidos sino proporcionar recursos adaptativos personales y socio-ambientales.

---

\* Nota: no poseen subescalas específicas, pero los pacientes con TEPT presentan anomalías en los resultados.

- Secundaria: dirigida a individuos ya afectados para descubrir casos, proporcionar tratamiento y asistencia lo más rápido posible y usar el remedio eficaz para el problema.
- Terciaria: busca minimizar las consecuencias del trastorno a través de la rehabilitación y reinserción social y la evitación de recaídas.

## 10. Intervención en Crisis

Es un proceso secuencial de toma de decisiones (resolución de problemas), en función de la información que disponemos sobre la situación, personas implicadas y las prioridades de actuación que de ellas derivemos. La intervención en crisis no precisa de una demanda o de un contrato previo para intervenir, ya que la propia situación define la petición y necesidad de acción, además los sujetos atendidos no suelen ser capaces de generar una demanda explícita en su estado, esto es lo que la diferencia de las terapias breves (Sánchez Vidal, Alipio; 1990).

Un modelo amplio de intervención distingue entre intervención en crisis de primer orden y de segundo orden (Slaikeu, K., 1984)

La de primer orden o primera ayuda psicológica, implica ayuda inmediata y casi siempre toma solo una sesión. Fundamentalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. La pueden y deben brindar las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en el que se origina.

La intervención de crisis de segundo orden o terapia en crisis, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración de

enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis, esto implica ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida.

## 11. Salud Mental

Según Pichón Riviere (1988), la Salud Mental consiste en:

Un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Implica una relación, una aptitud sintetizadora y totalizante, en la resolución de las antinomias que surgen en su relación con la realidad.

El sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, y tiene capacidad para transformarla modificándose, a su vez, él mismo. De esta forma mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada.

La enfermedad implica una perturbación del proceso de aprendizaje de la realidad, un déficit en el circuito de la comunicación, procesos éstos (aprendizaje y comunicación) que se realimentan mutuamente.

Este autor plantea que los criterios de salud y enfermedad, de normalidad y anormalidad, no son absolutos sino situacionales y relativos.

Según A. Sánchez Vidal (1990), la salud mental es:

El eslabón que permite asumir que el ser humano es una unidad biopsicosocial: como ser vivo estamos asentados en lo biológico; como individuos provistos de pensamiento en lo psicológico; y como

hombres somos capaces de transformar la actividad interpersonal en lo social, interactuando en forma dinámica y en equilibrio armónico con la naturaleza involucrando también la dimensión ecológica. La manifestación psíquica implica la actividad mental propia del hombre, los aspectos intelectuales, los procesos cognitivo - comportamentales y emocionales, así mismo la estructura de personalidad se traduce en la ejecución práctica de estilos de vida saludables que conlleva a elevar la calidad de vida de los individuos y por ende resulta siendo preventiva, reeducativa y promocional de la salud integral.

Malvarez (1996), plantea el concepto de Salud Mental como:

Un proceso histórico y socialmente determinado, de integración de los elementos conflictivos, constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos con crisis previsibles e impredecibles, registrables subjetiva y objetivamente, en el que las personas y los grupos participan activamente de sus propios cambio y los de su entorno social.

#### IV. MODELOS DE PSICOTERAPIA ACTUALES

En el tratamiento de TEPT se han utilizado diferentes abordajes terapéuticos, comenzaremos con una breve síntesis de éstos. La forma de abordar la enfermedad varía según el momento histórico que se trate.

En el Capítulo V, desarrollaremos la Terapia Cognitiva-Comportamental y dentro de las Terapias Psicodinámicas, la Entrevista Operativa y la Terapia Focalizada. Se hará referencia también al Tratamiento Farmacológico.

J. Ruiz Sánchez y J. Cano Sánchez en su libro *Las psicoterapias. Una introducción para profesionales sanitarios* (1999), hacen referencia al trabajo de Feixas y Miró (1993), quienes enumeran los principales modelos de la psicoterapia actual, agrupándolos en cuatro orientaciones:

- A. Los Modelos Psicodinámicos
- B. Los Modelos Humanísticos-Existenciales
- C. Los Modelos Sistémicos
- D. Los Modelos Cognitivos-Comportamentales

##### A. Modelos Psicodinámicos

En psicoterapia el término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas. El modelo con mayor relevancia histórica es el Psicoanalítico. Para Freud el trauma es aquello que el sujeto no puede elaborar e integrar a

su historia. De esta manera, se concebiría a una persona en permanente conflicto consigo misma. Lo cual supone no un trauma en particular, sino una serie de ellos encadenados.

En los comienzos del psicoanálisis, la etiología de las neurosis se atribuía a experiencias traumáticas pasadas, el trauma designaba una vivencia en la historia del sujeto que resultaba importante para él mismo por lo penosa. Años más tarde, postula las neurosis de guerra que sitúan en primer plano el problema del trauma y, describe su sintomatología en forma muy similar a lo que hoy se conoce como TEPT.

En cuanto a la terapia en sí misma, para Freud, la función Yoica tiene a su cargo nombrar, invertir con palabras ciertos montos de energía. Ahora bien, hay situaciones que el aparato psíquico de una persona no está preparado para enfrentar, ya que la magnitud de energía resulta ser demasiado grande. Es así que el Psicoanálisis tendería a que el paciente hable, invista; elabore.

El método terapéutico básico del Psicoanálisis Clásico se basa en tres procesos fundamentales: la Asociación Libre; el Análisis de los fenómenos de Transferencia y Contratransferencia; y, el Análisis de la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (Regla básica de la Asociación Libre) y para el terapeuta (Regla de Abstinencia y la Regla de la Atención Flotante).

La Asociación Libre consiste en que el paciente debe expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según vayan surgiendo sin exclusiones o restricciones. A veces el analista

insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado en su propio discurso.

El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (Regla de la Abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso (Regla de Atención Flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial: fenómeno general, propio del despliegue del inconsciente en un contexto vincular. Las manifestaciones de la transferencia son de la misma clase que las de la neurosis, se trata de recreación de fantasías, su destino es la "persona del analista" y constituyen la superposición de algo anterior sobre algo actual, un desfasaje en el tiempo desde una experiencia de origen a otra que la representa en el presente. Implica siempre un grado de borramiento de los límites subjetivos. Vivencias psíquicas anteriores no son revividas como algo pasado, sino como vínculo actual. La cura psicoanalítica no crea la transferencia, la revela, la pone en evidencia.

Por otro lado, Laplanche y Pontalis (1999), definen la Contratransferencia indicando que "el terapeuta experimenta un conjunto de reacciones inconscientes frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste".

El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayudan a estar atento a estas reacciones, como también le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y su manejo adecuado.

Los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad y conflicto y para evadir su trabajo terapéutico de libre asociación (resistencias). La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada constituye el Análisis de las Resistencias.

El objetivo de las Terapias Psicodinámicas es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos intrapersonales y su resolución. Buscan la modificación de la estructura de la personalidad y no sólo aliviar los síntomas.

En su artículo *Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático* Mingote, J. y colaboradores, resaltan algunos aspectos esenciales de las Psicoterapias Psicodinámicas:

1. Establecer una sólida alianza terapéutica y anticipar la reactivación de experiencias traumáticas, de forma que el análisis sea un espacio de seguridad.
2. Restablecer la conexión entre las funciones psíquicas disociadas: ayudar a disminuir la disociación. Construir una narración personal continua, que integre vivencias emocionales y acontecimientos interpersonales históricos, permite reforzar la identidad del paciente aunque este trabajo suele asociarse a la intensificación de la ansiedad. En este momento es muy importante ayudarle a elaborarla, sin interrumpir el

tratamiento ni tener complicaciones somáticas graves o conductas de riesgo, lo que se puede lograr con técnicas auxiliares como relajación, medicación, etc., administradas por otros profesionales que constituyan un equipo de trabajo con el analista.

3. Facilitar el desarrollo de la capacidad analítica: por el enlace de los sentimientos presentes (los objetos parentales y la figura del analista) para poder hacer discriminaciones más adecuadas de la realidad, y poder hacer verdaderamente nuevas relaciones de objeto, es decir, lograr una profunda reorganización personal.

4. Apoyar la autonomía y asertividad del paciente, gravemente limitadas por el impacto del trauma.

5. Resolver el conflicto de sentimientos de agresividad y culpa que subyace al terror y a la angustia, dirigido hacia sí mismo o hacia los demás, con gran probabilidad de perder el control y mantener diferentes conductas de riesgo (adicciones, promiscuidad sexual, autolesiones, etc).

6. Identificar e interpretar la compulsión a la repetición que resulta de varias defensas (transformación de la pasividad a la actividad, desplazamiento, actuación y proyección). La repetición puede tener lugar de dos formas diferentes: el trauma puede repetirse realmente en cualquier momento, o bien de forma simbólica el paciente puede sentir así sus relaciones con los demás.

8. Análisis de la Transferencia y Contratransferencia.

## B. Modelos Humanísticos-Existenciales

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones Fenomenológicas, Humanistas y Existencialistas. Dentro de las concepciones Humanistas se destacan la Terapia Gestáltica, el Análisis Transaccional y la Psicoterapia Centrada en el Cliente (modelo humanista con más apoyo empírico).

A todas las orientaciones anteriores se las denominó "Tercera Fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al Psicoanálisis como al Conductismo dominante en esos años. Se desarrollaron sobretudo en Norteamérica, en gran parte al margen de la tradición académica. Sus principales exponentes fueron: Rogers, Maslow, Frankl, Binswanger y Jaspers, entre otros.

Feixas y Miró, enumeran las características de los modelos Humanistas que fueron planteadas por Bernstein y Nietzel (1980):

1. La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.
2. La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la autonomía.
3. La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes.
4. Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia

el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).

5. La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

Estos autores también plantean que los movimientos actuales de psicoterapia (como los enfoques Cognitivos Constructivistas e Integradores) se basan en gran parte, en el enfoque experiencial expuesto por Carl Rogers. La emoción y su experimentación se consideran básicos en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva.

### C. Modelos Sistémicos

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950-1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento.

Sus principales exponentes fueron: Batenson y Watzlawick (Palo Alto), y Minuchin, todos en Estados Unidos; Laing, en Inglaterra; Selvini-Palazzoli,

Boscolo, Cecchin y Prata, conformando el denominado Grupo de Milán, en Italia.

En la década del '60, el grupo de Milán y el de Palo Alto serán los más influyentes en la terapia familiar. El primero, centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo, en las pautas comunicacionales.

Los desarrollos más actuales de los modelos Sistémicos se centran más en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados Modelos Constructivistas (que son también una fuerza emergente en la Terapia Cognitiva). Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema (Cecchin, Anderson, Procter). Se trata en suma de reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa.

Este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido un cada vez mayor acercamiento de los modelos Sistémicos y los modelos Cognitivos (sobretudo de los Constructivistas); acercamiento que se propone como una de las mayores revoluciones en el campo de las Psicoterapias (Feixas y Miró, 1993).

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema, concepto derivado de la Teoría General de los Sistemas. Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes. En concreto se

asume que considerar a la familia como sistema implica: (1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y; (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios. Aunque los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas.

En primer lugar el terapeuta intenta hacer un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraron en el tipo de secuencia problema-solución intentada y quienes son los implicados (Watzlawick); otros investigan las alianzas o coaliciones familiares y el grado en que la familia está desligada o aglutinada (Haley, Minuchin); y otros analizan la demanda y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia (Selvini-Palazzoli).

Entre los recursos técnicos que se utilizan para introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, se destacan:

- La reformulación del problema.
- El uso de la resistencia (homeostasis).
- Intervención paradójica.
- Prescripción de tareas.
- Uso de analogías.
- Cuestionamiento circular.

Actualmente en la Terapia Sistémica existen dos grandes corrientes: una

de tipo "conductual o pragmática" centrada en el estudio de las secuencias interrelacionales y en su modificación (su representante más fuerte es Haley); y otra de tipo "cognitivo o constructivista" centrada en las creencias familiares, sus estilos de construcciones narrativas comunes y el desarrollo de narraciones alternativas (Procter, Anderson, etc).

#### D. Modelos Cognitivos-Comportamentales

Se definen bajo el título de Cognitivo - Comportamental a un conjunto de escuelas y técnicas. Es un sistema psicoterapéutico, basado en una teoría psicopatológica y un cuerpo de técnicas derivadas de la Psicología Experimental, el Aprendizaje Social, las Ciencias Cognitivas, la Teoría del Procesamiento de la Información y la Teoría de los Sistemas.

La Teoría Cognitiva analiza las interacciones entre las cogniciones y las emociones, y entre ésta interacción cognición-emoción, y el comportamiento observable dentro de un sistema o ámbito en el cual se desarrolla.

Su postulado básico sostiene que los fenómenos cognitivos son el centro de la sintomatología, siendo los cambios afectivos y somáticos, sus consecuencias. Por ello, para las Terapias Cognitivo-Comportamentales (TCC), los síntomas son consecuencias de un núcleo que está dado por los fenómenos cognitivos.<sup>4</sup>

Esta terapia, resulta de la conjunción de dos métodos terapéuticos:

---

<sup>4</sup> Cía, A. Op. cit.

- La Terapia Cognitiva: privilegia la evaluación de los pensamientos y creencias asociadas a los estados de ánimo, a las conductas, a las experiencias físicas y a los eventos traumáticos, posibles generadores de TEPT.
- La Terapia Conductual: que privilegia la técnica del afrontamiento o exposición. Las personas se enfrentan, de modo gradual, con la situación temida y las emociones asociadas a las mismas para procesarlas y manejarlas adecuadamente.

Son terapias a corto plazo, estructuradas, que se basan en la activa colaboración entre el terapeuta y su paciente en la búsqueda de metas terapéuticas específicas.

## V. ABORDAJES DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Como se mencionó anteriormente, si bien el objetivo de este trabajo se basa fundamentalmente en reconocer la importancia de la intervención del psicólogo para prevenir la aparición de este trastorno y promocionar la Salud, es necesario conocer cuales son los posibles abordajes del TEPT. Para ello, es menester poder actuar en la situación de crisis, en momentos inmediatamente posteriores o al detectarse las primeras manifestaciones sintomáticas, con el fin de contener, asistir y brindar psicoeducación, para que la persona pueda entender lo que le está sucediendo, sus posibles causas y alternativas terapéuticas. Actuando en el momento y situación adecuada, puede lograrse el objetivo planteado a través de un diagnóstico de los recursos (materiales, sociales y personales) con que cuenta la persona damnificada y factores de riesgo, para poder así realizar un pronóstico donde se indique una posible derivación.

El propósito es poder asesorar, funcionando como nexo entre la persona y las instituciones a las cuales puede acudir en busca de un tratamiento, el cual por las características sintomáticas de este trastorno, debe ser breve.

Según H. Fiorini:

El proceso de desarrollo tiende a crear una disparidad entre la demanda creciente y la organización de recursos teóricos y técnicos para enfrentarlas, en la práctica hospitalaria se evidencia que los métodos tradicionales resultan insuficientes para satisfacer las necesidades

concretas. De hecho, frente a las demandas ya creadas, las instituciones se ven obligadas a instrumentar terapéuticas breves.<sup>5</sup>

#### A. Terapias Psicodinámicas

Puesto que existen diferencias significativas entre las técnicas de las terapias basadas en el Psicoanálisis Clásico y las Psicoterapias Focalizadas, desarrollaremos brevemente ambas a fin de poder distinguir el abordaje que cada una efectuaría del TEPT.

Si bien existen múltiples modos de intervención que han sido planteados por distintos autores dentro de este marco teórico, tomaremos dos posibles abordajes siguiendo como eje conductor el momento en que cada uno se utilizaría:

1. Entrevista Operativa: abordaje que correspondería a una Intervención en Crisis de Primer Orden.
2. Psicoterapias Focalizadas: podría incluirse en una Intervención en Crisis de Segundo Orden.

Tomaremos ambos abordajes desde el punto de vista de la Prevención Secundaria, la que como se dijo anteriormente está dirigida a individuos ya afectados para descubrir casos, proporcionar tratamiento y asistencia lo más rápido posible.

---

<sup>5</sup> Fiorini, H. *Teoría y técnica de psicoterapias*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1993.

La Lic. Rodríguez Salgado, en su trabajo *Síntesis Teórica* (1998), realiza una diferenciación entre Psicoanálisis y Psicoterapias Breves, que citaremos a continuación:

A. Psicoanálisis Clásico:

- Fines o metas terapéuticas: exploración del inconsciente, resolución de conflictos básicos y neurosis de transferencia, autoconocimiento, rellenar lagunas mnémicas, reestructuración de lo personal.
- Tiempo: prolongado, ilimitado. Sentido de intemporalidad no solo del Inconsciente sino del tratamiento.
- Instrumentos: Interpretación verbal, encuadre, asociación libre, atención flotante.
- Técnicas:
  - Labor con conflictos: conflictos básicos, hacer consciente el Complejo Edípico.
  - Regresión, dependencia: favorecer la máxima regresión.
  - Se efectúa el desarrollo y análisis de Neurosis de Transferencia.
  - Análisis de resistencia: intensivo.
  - Favorecer el Insight.
  - No se busca el fortalecimiento y activación de funciones yoicas, o se lo hace es escasamente.
  - Sobre qué actúa: conflictos infantiles, compulsión a la repetición, alteración del yo.
  - Características generales: cinco exigencias: extensión temporal (elaboración), tolerancia al sufrimiento (insight), vínculo cerrado

Analista-Paciente (Neurosis de Transferencia), costo del tratamiento, investigación no directiva.

B. Psicoterapias Breves: planificadas, con objetivo limitado.

- Fines o metas terapéuticas: mitigar padecimientos actuales, acento en los síntomas y su superación.
- Tiempo: limitado. Elementos de la realidad temporal. Se eligen determinantes actuales.
- Instrumentos: Interpretación verbal, señalamientos, recursos de acción múltiples, atención selectiva, suministro de información.
- Técnicas:
  - Labor con conflictos: situación desencadenante. Se limita a conflictos derivados.
  - Regresión, dependencia: versión y visión actual prospectiva.
  - Desarrollo y análisis de Neurosis de Transferencia: no se efectúa.
  - Análisis de resistencia: limitado.
  - Insight: limitado, referido al afuera. Más cognitivo que afectivo.
  - Fortalecimiento y activación de funciones yoicas.
  - Sobre qué actúa: elementos de la realidad temporal, énfasis en situaciones de vida.
  - Características generales: planeamiento previo; noción de principio, desarrollo y final del proceso con metas establecidas; utilización de diversos encuadres e instrumentos de aceleración; proceso corrector.

El tipo de psicoterapia a utilizarse va a derivar del acuerdo entre los objetivos a alcanzar, la estrategia de cambio adoptada y los instrumentos o recursos técnicos del profesional. De ello, H. Fiorini<sup>6</sup> plantea la distinción entre Psicoanálisis Clásico (desarrollado anteriormente) y dos tipos de psicoterapias:

1. Psicoterapia de Apoyo: tiene como objetivo la atenuación o supresión de ansiedad y otros síntomas clínicos, como modo de favorecer un retorno a la situación de homeostasis previa a la descompensación o crisis. Intenta modificar algunas pautas de conducta estimulando el ensayo de comportamientos nuevos durante la experiencia terapéutica. Apunta a establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector, orientador, directivo, y no meramente una “pantalla de proyección”.
2. Psicoterapia de Esclarecimiento: incluyen los objetivos de la terapia anterior y agrega, el de desarrollar en el paciente una actitud de autoobservación y un modo de comprender sus dificultades diferente del aportado por el sentido común. La relación que se establece es de indagación, centrada en esclarecer las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas. Es necesario en el terapeuta una conducta cálida, espontánea, pedagógica y activa.

---

<sup>6</sup> Fiorini, H. Op. cit.

## 1. Entrevista Operativa<sup>7</sup>

La entrevista operativa se propone aprovechar la situación de la entrevista con el fin de lograr el mayor grado de eficacia en la resolución de una determinada acción crítica, en un tiempo limitado. Sus características son: la no utilización del diván (situación cara a cara), actitud activa del psicólogo, atención selectiva (focalizada) y no flotante, intervenciones verbales de diferentes tipos, tales como: preguntas, información, esclarecimientos, señalamientos, entre otros.

En situaciones de crisis, es utilizada con el fin de intervenir antes de que se instale la represión, y por ello consiste en hacer relatar al sujeto lo que aconteció y explicitar las ansiedades que han surgido. La precocidad de la intervención alivia estas ansiedades permitiendo al sujeto o grupo enfrentar la situación inmediata.

La entrevista operativa procura “resolver” una situación en los dos sentidos que suele tener comúnmente la palabra: en primer lugar, resolver en cuánto esto implica una solución favorable del problema. El segundo alcance del término resolver es el de “yo resuelvo”, yo decido; y que equivale a que el sujeto recobre la autonomía perdida y se decida a emprender los cambios necesarios en su conducta, a fin de lograr un objetivo. En este sentido, la entrevista operativa no procura “curar” definitivamente una situación, sino remover un obstáculo para que alguien se movilice a tal fin.

---

<sup>7</sup> Ulloa, Fernando. *La Entrevista Operativa*. Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNMDP. 1989.

Es utilizada en el campo de la Psicopatología y de la psicoprofilaxis, y en ámbitos individuales, grupales o institucionales.

La entrevista operativa significa capacidad para diagnosticar la situación total y desde ahí, saber cuál es el paso siguiente más adecuado. Ulloa incluye dos aspectos dentro del concepto de situación: interacción individuo-medio, e interpretación de éste medio (acción) por parte del psicólogo.

La primera tarea del psicólogo clínico es detectar los puntos de urgencia que le permitirán determinar cuál es la acción crítica que enfrenta.

Los puntos de urgencia (síntomas) son aquellas zonas de conflicto que amenazan el equilibrio del aparato psíquico. Son los datos más evidentes que permiten a un psicólogo diagnosticar una acción crítica, es decir, una situación que por haberse estereotipado crea una dificultad de adaptación, una dificultad frente al cambio. En toda acción crítica hay emociones y hay objetos a los que están vinculadas estas emociones, hay también una dimensión témporo-espacial donde transcurren los hechos. Aquí debemos tener en cuenta la capacidad más instrumental del psiquismo humano: la capacidad de disociación, puesto que, estas emociones y objetos están disociados en diferentes grados, y distribuidos en la dimensión témporo-espacial, configurando las estructuras de conducta o técnicas psicológicas (fóbica, obsesiva, etc).

El diagnóstico de la acción crítica implica detectar la emoción más actuante, comprenderla y formular la comprensión (interpretación). Sus fases son:

a) Diagnosticar la emoción básica más actuante: amor, odio. En términos de ansiedad, esta emoción se traduce en dos miedos básicos: miedo a la pérdida del ser amado (aún del propio yo), y miedo al ataque por algo odiado.

b) Diagnóstico del objeto al que se refiere este miedo.

Los dos puntos anteriores se reúnen en: diagnóstico de un vínculo con una calidad particular (depresiva, persecutoria) que el sujeto establece con un objeto.

c) Diagnóstico de localización de este objeto en término de áreas (mente, cuerpo, mundo externo).

d) Diagnóstico de los mecanismos defensivos del yo, y de la eficacia o no de los mismos, para la emergencia que enfrenta.

La entrevista operativa procura no resolver una situación, sino diagnosticar y resolver la acción crítica. Lo importante es lograr situaciones abiertas en las que queden esclarecimientos operando para que la persona pueda recuperar su autonomía.

Una de las situaciones en que un psicólogo puede utilizar los lineamientos generales de la entrevista operativa es justamente, aquella en que se reconoce un origen predominantemente traumático. Dicha situación implica una incapacidad del sujeto para sobreponerse eficazmente a una circunstancia, ya sea por la naturaleza violenta y masiva del trauma o modificación externa; o porque no siendo éste de tal magnitud encuentra sí, un yo disminuido previamente en su capacidad de asimilación.

## 2. *Psicoterapia Focalizada*

La Psicoterapia Focalizada actúa sobre un punto de urgencia del conflicto, partiendo del motivo de la consulta y de sus factores desencadenantes, y desde las primeras entrevistas, se identifica de manera consensuada con el paciente un área activa y actual de su problemática en la que va a focalizarse toda la actividad exploradora. El objetivo es la movilización del conflicto intrapsíquico e interpersonal que da origen a la clínica focal para, con la ayuda de distintas técnicas, aumentar la conciencia del paciente respecto a los contenidos del mismo y poder así reorganizar sus significados y hacerlos más congruentes con su realidad presente.

La psicoterapia breve puede ser individual y/o grupal.

Héctor Fiorini, psicoanalista argentino, afirma que una psicoterapéutica breve se orienta hacia la “comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la enfermedad, crisis o descompensación”<sup>8</sup>. Sin embargo los factores históricos o disposicionales que intervienen no deben omitirse, sino simplemente dirigirse a la experiencia actual de la “realidad” de la persona.

Según este autor:

Si se comprende el momento de crisis como una estructura original asumida por las contradicciones esenciales del sujeto en circunstancias específicas, pueden ponerse de relieve puntos nodales, “estratégicos”, de esa estructura, las vías de acceso por las cuales operar para producir reestructuraciones efectivas. Desde esta

---

<sup>8</sup> Fiorini, H. Op. cit.

perspectiva adquieren legitimidad los abordajes múltiples, a diferentes niveles simultáneos, de la estructura compleja.

Una psicoterapia breve puede lograr, mediante el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación del paciente, un fortalecimiento en su capacidad de adaptación realista, de discriminación y rectificación en grado variable de significaciones vividas.

El profesional en la terapia breve debe tener un rol activo, utilizando diferentes tipos de intervenciones.

La participación activa del terapeuta asume en esta técnica aspectos particulares específicos; a partir de evaluar la situación total del paciente, comprendiendo la estructura dinámica esencial de su problemática, elabora un plan de abordaje individualizado.<sup>9</sup>

Un terapeuta breve organiza sus recursos de modo elástico, (“principio de flexibilidad”, que contrasta con la estructuración única constante de una técnica reglada con un encuadre estricto, como es en el caso del psicoanálisis) y los organiza en función de una evaluación total de la situación del sujeto, de su grado de enfermedad y de potencial adaptativo de su personalidad: elabora una estrategia según qué áreas están invadidas por conflictos o libres de ellos. Se orienta hacia el fortalecimiento de las “áreas del yo libres de conflicto”.

---

<sup>9</sup> Fiorini, H. Op. cit.

Eduardo Braier (1981), rescata la importancia de las entrevistas preliminares en las Psicoterapias Breves, y enumera los fines de dicha entrevista. Dentro de la evaluación diagnóstica incluye:

- El diagnóstico nosográfico - dinámico: implica el diagnóstico del episodio actual de la enfermedad del paciente y de la personalidad, como así también el tipo de grupo familiar de origen (incidencia en la problemática actual). Además, se debe efectuar una evaluación de las condiciones yoicas, para lo cual se investigan los recursos con que cuenta. Para ello se indagarán: las funciones yoicas básicas, las relaciones objetales, el control de impulsos, la tolerancia a la ansiedad y a la frustración, los mecanismos defensivos, y la regulación de la autoestima.
- Evaluación del grado de motivación para el tratamiento y de las aptitudes para el insight.
- Determinación del foco.

La evaluación pronóstica será favorable, teniendo en cuenta los siguientes elementos relacionados con el paciente: comienzo reciente y agudo del padecimiento; levedad y limitación de la patología; condiciones favorables del medio familiar y social, para el desarrollo de la labor terapéutica y la aceptación de los cambios del paciente; fortaleza yoica; un alto grado de motivación para el tratamiento; capacidad de insight; posibilidad de determinación temprana del foco. Con respecto al terapeuta, las perspectivas pronósticas serán favorables si existe una contratransferencia positiva que facilite la instauración de un buen vínculo con el paciente.

Este autor considera que el empleo de las interpretaciones en las entrevistas iniciales debe quedar limitado a los siguientes fines:

- Clarificar y encausar la relación transferencial.
- Efectuar una devolución diagnóstica – pronóstica, pudiendo recurrirse a las interpretaciones panorámicas, es decir, aquellas que permiten esbozar de manera global psicodinamismos subyacentes a la situación – problema.
- Detectar la capacidad del paciente para efectuar una psicoterapia de insight, empleando interpretaciones de ensayo.

La orientación estratégica de las sesiones significa focalización del esfuerzo terapéutico.

El terapeuta opera manteniendo in mente un “foco”, término que puede traducirse como aquella interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento. Un primer objetivo de esta focalización consiste en general, en dirigir la atención del paciente hacia la función y significado interpersonal de sus síntomas.<sup>10</sup>

A su vez, los pacientes tienden a mantener una focalización, es decir, la posibilidad de organizar el relato, siguiendo una línea, seleccionando recuerdos. El orden está determinado por cierta fortaleza en las funciones yoicas adaptativas. Por lo tanto, a más fortaleza yoica, más estructurado será el discurso del sujeto.

---

<sup>10</sup> Fiorini, H. Op. cit.

La focalización está guiada en función de resolver ciertos problemas considerados como prioritarios, más que sobre asociaciones libres. En el caso del Trastorno por Estrés Postraumático, generalmente la modalidad empleada sería de focalización espontánea, puesto que el paciente se encuentra en una situación de crisis.

Entonces, la iniciativa personal del terapeuta, la individualización (planificación del tratamiento), focalización, flexibilidad, definen parámetros específicos de la terapia breve y confieren a esta técnica una estructura propia, diferente a la técnica psicoanalítica.

Basándonos en la estructura de un foco, podemos indicar que éste posee un eje central que generalmente suele ser el motivo de consulta (síntomas, amenazas de descompensación, fracasos adaptativos). Eduardo Braier indica que cuando se trata del TEPT, la elección y demarcación del foco se ven facilitadas.

Siguiendo con el planteo de Fiorini, debemos tener en cuenta que al motivo de consulta subyace interrelacionado un “conflicto nuclear”, y ambos se insertan en una “situación grupal específica”. Es esencial que en la terapia se respete la estructura de esta situación, y para estudiarla se deberán desplegar diferentes niveles de análisis, entendidos como “estratos funcionales enraizados en la situación, actualizados y totalizados por ésta”.

Los componentes del foco, son:

- Situación grupal: dinamismos, conflictos, roles y recursos.
- Aspectos caracterológicos del paciente: psicodinamismos, conductas defensivas, recursos adaptativos.

- Determinantes del contexto social más amplio: un conjunto de condiciones económicas, culturales, ideológicas, laborales, etc., que intervienen en la situación.

Es posible, así mismo, reconocer en la situación aspectos histórico – genéticos individuales y grupales reactivados y una zona que comprende el momento evolutivo individual y grupal. Ver Figura III: La Estructura del Foco.

El modelo de foco contiene una serie de componentes condensados en la situación estructurada. La profundidad con que se indague el papel de cada uno de ellos y las articulaciones del conjunto depende a su vez de otro conjunto de factores propios de la situación terapéutica que se identifican como reguladores del foco.<sup>11</sup>

Dichos reguladores, son:

- El paciente y su grupo familiar: factores tales como las condiciones de vida, culturales, ocupacionales, geográficas; motivación y aptitudes para el tratamiento.
- El terapeuta y la institución: tiempo, objetivos, técnicas.
- Momentos del proceso terapéutico.

---

<sup>11</sup> Fiorini, H. Op. cit.

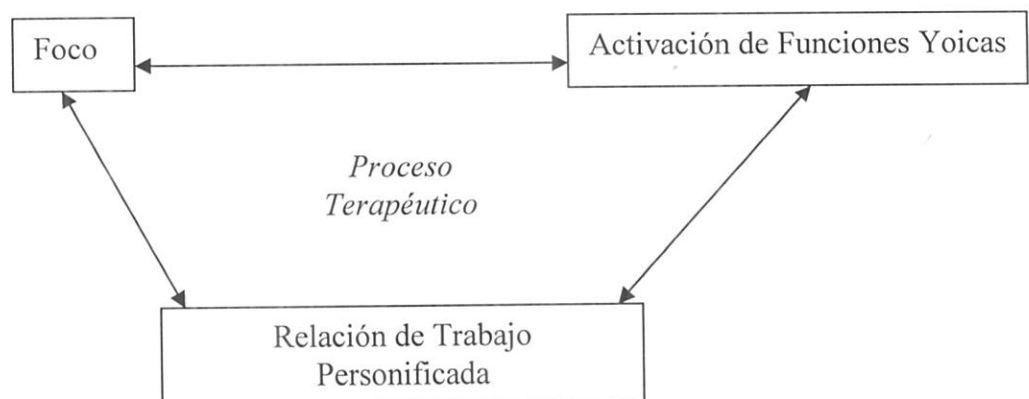
Figura III: La Estructura del Foco



Este autor define el proceso en psicoterapia sobre tres ejes fundamentales: foco, activación de funciones y relación de trabajo personificada. La relación entre estos tres ejes sería: producir en el paciente una activación de sus funciones yicas, mediante las cuales se haga posible elaborar de modo focalizado la problemática inserta en una situación específica, en base al estímulo, la guía y las realizaciones simbólicas del vínculo vivido en una relación de trabajo personificada con el terapeuta, con la consecuente activación de las funciones yicas de este último.

La *Figura IV: Ejes del Proceso Terapéutico* muestra los tres pilares, sobre los que se monta un sistema de influencias de cambio, los cuales sustentan el proceso terapéutico.

*Figura IV: Ejes del Proceso Terapéutico*



Las intervenciones del terapeuta son instrumentos esenciales de ese proceso. A continuación enumeraremos algunas de las intervenciones verbales planteadas por H. Fiorini, efectuando una breve descripción de ellas.

- Interrogar al paciente: solicita datos precisos, aclaraciones o ampliaciones del relato.
- Proporcionar Información.
- Confirmaciones: consolida en el paciente una determinada confianza en sus recursos yoicos.

- Rectificaciones: pone en relieve los escotomas del discurso, las limitaciones del campo de la conciencia y el papel de las defensas.
- Clarificaciones: reformula el relato del paciente para que adquieran mayor relieve ciertos contenidos.
- Recapitulaciones: resumen puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento.
- Señalamientos: estimulan en el paciente el desarrollo de una nueva manera de percibir la propia experiencia. Se utiliza antes de efectuar una interpretación.
- Interpretaciones: introduce una racionalidad donde hasta entonces había datos inconexos, ilógicos o contradictorios. Es una hipótesis que aporta significado a las conductas, motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas.

Carmen Rodríguez Salgado (1998) en su *Síntesis teórica sobre Psicoterapias*, agrega a éstas intervenciones verbales, aquellas que clasifica como:

- Verbales – Acción: sugerencias, indicaciones, contrato, encuadre, directivas, instrucciones paradójales, inducción del rol de paciente, métodos pedagógicos, otros.
- Acción: actitud terapéutica, continencia, contención, internaciones, dramatizaciones, ejercicios gestálticos, laborterapia, técnicas corporales, otros.

## B. Terapias Cognitivas - Comportamentales

Con respecto al momento en que este tipo de abordaje tendría lugar, consideramos que correspondería a una Intervención en Crisis de Primer y Segundo Orden.

El Dr. Alfredo Cía<sup>12</sup>, médico psiquiatra argentino, enumera los principios y métodos que las conforman:

1. Se focalizan en el comportamiento y en la cognición: trabajan sobre el comportamiento actual y los pensamientos conscientes. La evaluación comienza con una recopilación del déficit y excesos comportamentales del paciente y, el patrón de sus pensamientos conscientes: rabia, ansiedad o conflictos relacionales. Se abocan a modificar comportamientos y cogniciones, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Uno de los principios de la Terapia Cognitiva es que los cambios, en la manera de pensar, producen cambios en la manera de sentir.
2. Están orientadas hacia el presente: se investiga el funcionamiento actual, con relación al hecho traumático. No hay mayores exploraciones del pasado, aunque, por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de pensamientos y conductas; algunos terapeutas cognitivos se han focalizado en el énfasis de los llamados esquemas desadaptativos tempranos o infantiles, con el

---

<sup>12</sup> Cía, A. Op. cit.

objeto de desafiar al pensamiento actual y revisar las conductas presentes del paciente.

3. Son terapias a corto plazo: generalmente se utilizan de 15 a 20 sesiones de TCC. Se busca, por un lado, eliminar los síntomas y, por otro, permitirle al paciente enriquecerse con nuevas habilidades, sin modificar su personalidad o establecer un vínculo transferencial. En estas terapias a corto plazo, algunos pacientes concurren para trabajar algún síntoma relacionado con el TEPT, y transcurrido un tiempo vuelven para solucionar algún problema adicional, como por ejemplo un conflicto conyugal.
4. Se enfatiza la medición y la cuantificación: desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para poder dar cuenta del cambio obtenido. El contrato terapéutico se establece de común acuerdo con el paciente y, se destina sobre todo, a trabajar sobre los síntomas.
5. La relación es colaborativa y didáctica: Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Ésta relación o interacción terapéutica se basa en la confianza, el rapport (acuerdo mutuo) y la colaboración. Los pacientes, de acuerdo a sus características, pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar o intersesión, que constituye una parte fundamental en la terapia. El énfasis está puesto en el aprendizaje, el

paciente va adquiriendo habilidades para afrontar los síntomas del TEPT y modificar sus pensamientos y conductas. En muchos casos, el terapeuta recomienda libros, folletos y otros materiales, acerca de la enfermedad y su tratamiento (biblioterapia). Además se le pregunta al paciente en sesión sobre sus progresos y se le ofrece recursos para conducirse de una manera menos ansiosa. El componente didáctico consiste en que, el paciente practique o evalúe en sesión sus habilidades, las que pueden generalizarse en diferentes tareas para la casa. El principio que guía la terapia es que cuanto más sepa y practique, estará en mejores condiciones para enfrentar sus problemas en la vida cotidiana y recuperarse íntegramente del Trastorno Postraumático.

6. Tienden a la independencia del paciente: dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conductas, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersesión, así como el aumento de las conductas asertivas para resolver dificultades, que puedan ocurrir fuera de la terapia o luego de su discontinuación, y el enriquecimiento del entorno y de la interacción social. Además, se refuerza su comportamiento independiente y su autonomía, se le informa sobre los costos y beneficios del tratamiento, el plan de la terapia y otras posibles alternativas. Por ejemplo, en una terapia con afrontamientos o exposiciones, es necesario advertirle que al comienzo, probablemente se sienta peor, porque su ansiedad puede incrementarse, en lugar de

disminuir. El paciente es libre de elegir si acepta los esfuerzos que implica este tipo de método.

7. Focalización en síntomas específicos para el cambio: estos síntomas se denominan "síntomas blanco", dado que el objetivo es aumentar o disminuir conductas específicas como, por ejemplo, ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales propios del trauma. En lugar de promover un cambio inespecífico, se definen los objetivos concretos a lograr. Así es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia donde se apunta la terapia.
8. Rechazan el principio de sustitución de síntomas: la falsa idea de sustitución de síntomas, difundida por la escuela Psicodinámica, que considera a un síntoma como una solución económica es cuestionada por esta metodología. La meta de la TCC es eliminar o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas del Estrés Postraumático, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin aparecer síntomas que los reemplacen.
9. Énfasis en el cambio continuo: el objetivo de cada una de las sesiones es ayudar a los pacientes a cambiar e ir evaluando los cambios obtenidos. Se le solicita practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, en generalizarlas en el afuera como parte de la tarea. Se considera al cambio como un proceso acumulativo. En la medida en que se vaya practicando, surgen mayores habilidades, con lo cual el paciente se siente gratificado y recompensado con su mejoría. Se rechaza la idea de

que si se está enfermo, aun no está preparado para el cambio y se supone que el paciente tiene que ser animado a practicar nuevas conductas o comportamientos de manera gradual, aunque todavía no se sienta confortable con ellos. Se lo estimula permanentemente a cambiar, sin que esto signifique sobreexponerlo. El secreto es animarlo a ir un poco más allá de la barrera o límite que le han impuesto los síntomas del trauma.

10. Desafían la posición del paciente: se evalúan, comprueban y desafían los actos y las creencias disfuncionales del paciente. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta. Se promueve el autocuestionamiento, así como la detección y modificación de sus cogniciones distorsionadas.
11. Se centran en la resolución de problemas: al comienzo de cada sesión, el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver hoy. Al finalizar, le pregunta al paciente, si durante ella ha hecho algún progreso al respecto. El énfasis en la resolución de problemas apunta a objetivos específicos, como evaluar posibles alternativas o desarrollar planes y llevar a cabo experiencias promotoras del cambio.
12. Utilizan planes de tratamiento: generalmente, la terapia consiste en el cumplimiento de planes específicos. Por ejemplo, en el TEPT, se diseña un plan entre el paciente y el terapeuta para: la exposición a las situaciones evitadas, para reconocer las distorsiones cognitivas o los

pensamientos catastróficos relacionados con el evento traumático, y para realizar tareas complementarias de entrenamiento con técnicas de exposición, respiración y relajación.

13. Continuidad entre sesiones: la implementación de planes de tratamiento permite al terapeuta brindar un sentido de continuidad entre las sesiones. En cada una de ellas se revisan las tareas encomendadas con anterioridad. Se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. Hay una evaluación periódica del progreso sobre el o los problemas específicos y, de esta manera, se puede ir determinando de qué forma la terapia está encaminando hacia las preocupaciones reales y concretas del paciente.
14. Desmistifica la terapia: el plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia, y a su participación activa en el diseño de las formas de tratamiento, en el modelado, en la evaluación comportamental, en las tareas para la casa y en la cuantificación de sus avances. El paciente se transforma en un investigador de su propio problema y establece una relación de colaboración con el terapeuta. Los interrogantes relacionados con las resistencias, que el paciente pueda tener para el cumplimiento de las tareas, son siempre respondidos, brindándole amplia información y pidiéndole constantemente una devolución. Las actitudes del terapeuta y el proceso terapéutico están permanentemente abiertos a sugerencias o modificaciones que el

paciente pueda plantear. Se indaga acerca de sus cambios positivos o negativos en cogniciones y sentimientos y, de esta manera, se puede comprender mejor qué funciones tienen las tareas diseñadas para el período intersesión. Se facilita el cumplimiento de las tareas, solicitando al paciente que plantee durante la sesión cuáles son las dificultades que se le presentan o qué razones puede haber tenido para no cumplirlas.

15. Tratamientos de base empírica: la Tesis Cognitiva - Comportamental ha sido ampliamente comprobada respecto a su eficacia para tratar una variedad de trastornos que, además del TEPT, incluye la depresión, el pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, el abuso de sustancias, el trastorno de conducta, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, así como los conflictos conyugales o de familia. Los principios y técnicas que fundamentan la TCC están estadísticamente comprobadas. En los últimos años, numerosos estudios sobre la TCC, demostraron que la Exposición prolongada (EP) y el Entrenamiento de Inoculación de Estrés (EIE), son técnicas sumamente efectivas para tratar los síntomas del TEPT. (Van Etten y col., 1998). Foa y Rothbaum (1998), señalan que si la intervención de la TCC es casi inmediata, posterior al hecho, se reducen los riesgos de cronicidad postraumática.

El Dr. Cía en *Trastorno por Estrés Postraumático*, cita el trabajo realizado por McFarlane (1988), el cual plantea que lo que diferencia a las personas que desarrollan un TEPT de aquellas que se estresan “temporariamente” es que se quedan fijadas al trauma; reviviéndolo en sus pensamientos, emociones, conductas o imágenes. Son estas reviviscencias

intrusivas, más que el trauma mismo, las responsables del complejo bio – conductual que se produce en este trastorno. El autor, también hace referencia al artículo publicado por Van der Kolk y col. (1996) quienes formulan que cuando el sujeto queda dominado por esas reviviscencias del trauma, organiza su vida en función de evitarlas. En este sentido, el tratamiento privilegia: (a) ayudar a que el paciente no sea “perseguido” por su pasado; y (b) la reinterpretación emocional y cognitiva del trauma. Para lograrlo necesita retomar el control de sus respuestas emocionales y ubicar a la experiencia traumática como un acontecimiento más dentro de su historia. El elemento clave es la integración de un evento inaceptable, terrorífico e incomprensible; el trauma debe ser “personalizado” como un aspecto “integrado” dentro de la historia del sujeto.

La Terapia Cognitiva - Comportamental (TCC) se considera como una de las intervenciones más eficaces para lograr lo antedicho (Greenberger, Padesky, 1995; Foa y Rothbaum, 1998). Esta se basa en la modificación de las creencias básicas, el pensamiento, y las conductas del paciente, logrando así reducir la evitación y la ansiedad.

Un tratamiento Cognitivo-Comportamental siempre debe comenzar con la evaluación del paciente y el diagnóstico, para determinar luego, en caso que fuese necesario, el tratamiento a seguir. Éste, debe considerar varios factores además de los síntomas característicos. Para esto se realizan aproximaciones desde diversas técnicas (Best, 1994; Keane y col., 1992). Estas intervenciones generalmente incluyen:

- Una entrevista semiestructurada que recolecte datos acerca de la situación traumática y de la eventual exposición a otros eventos que pudiesen haber sido estresantes.
- Cuestionarios y escalas que evalúen posibles trastornos comórbidos.
- El uso de escalas, informes de familiares y amigos, cuadros, etc.
- La evaluación de las reacciones psicofisiológicas del sujeto, ante estímulos relacionados al suceso traumático.
- Los posibles beneficios secundarios que ese evento pudiese haber generado.
- El diseño del tratamiento: la duración del mismo suele variar, dependiendo de la sintomatología propia de cada paciente. En general, dura entre 9 y 12 sesiones de 90 minutos. Foa y Rothbaum (1998) consideran que si no hay mejoría, transcurrido dicho período de tiempo, se aconseja la derivación del paciente.

Entre las técnicas que se han mostrado eficaces en el tratamiento de TEPT, se encuentran la exposición prolongada (EP), el entrenamiento de inoculación del estrés (EIE), la exposición imaginaria (EI), la reestructuración cognitiva (RC). A continuación, efectuaremos una breve síntesis de las diferentes técnicas de la Terapia Cognitiva y Comportamental, enumeradas por el Dr. Alfredo Cía<sup>13</sup>. Las técnicas a las que hace referencia, provienen de distintos autores.

#### *Técnicas de la Terapia Conductual*

---

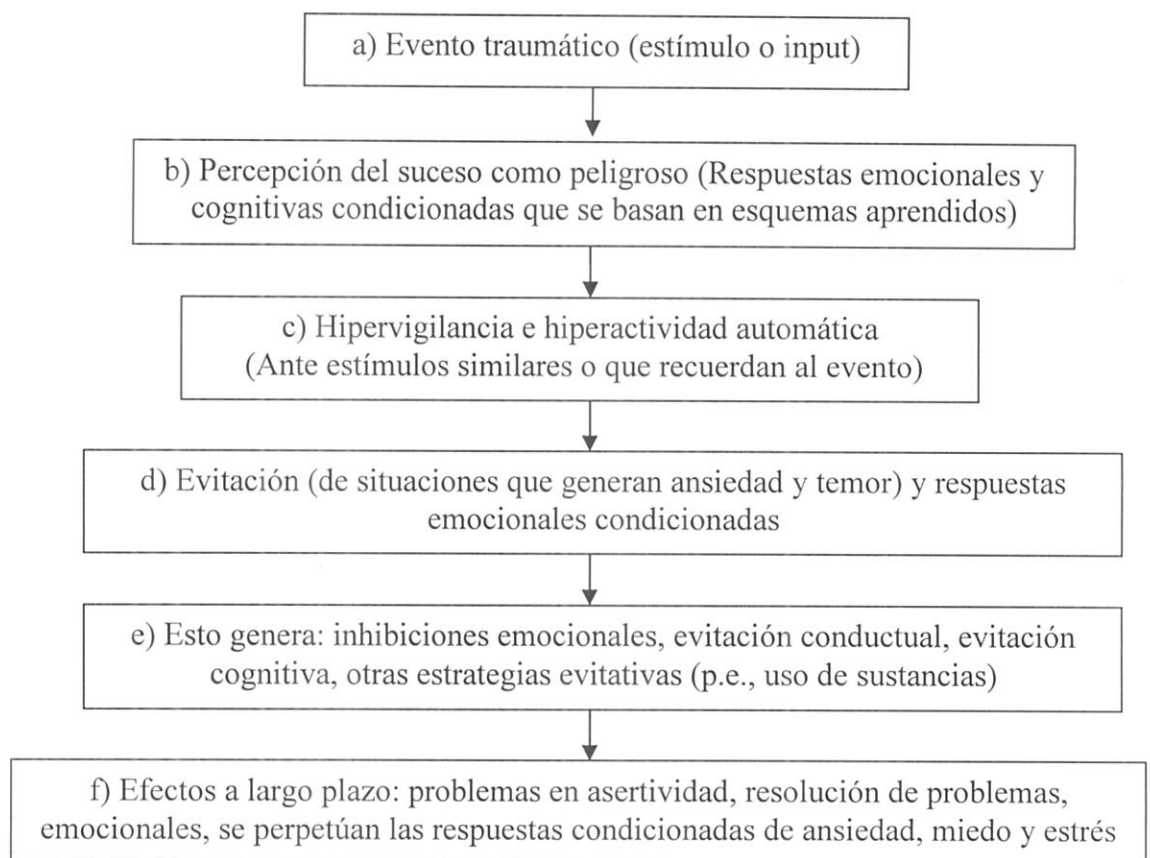
<sup>13</sup> Cía, A., Op. cit.

➤ Exposición en vivo: implica enfrentarse con la situación temida de manera real. Debe realizarse sobre ciertas pautas para que resulte efectiva, una de ellas es que debe ser graduada, esto es: desde el evento que menos dificultades y temores le causen al paciente, al de mayor problemática y evitación. Por otro lado, se lo debe ayudar a identificar los síntomas y a definirlos. Esto se logra mediante un repaso clínico del trastorno, como parte del proceso psicoeducativo. Es conveniente evaluar y conversar sobre estos síntomas, designándoles nombres a los diferentes miedos para poder identificarlos. De esta manera se pueden ir evaluando los recursos del paciente y su capacidad para afrontarlos (Meichenbaum, 1994). La exposición en vivo desensibiliza, en forma gradual al paciente, para ello es necesario establecer, previamente, una jerarquía de temores: de menor a mayor (Foa y Rothbaum, 1998). Esto se logra con cuestionarios autoadministrables, que nos darán información acerca de qué les causó mayor ansiedad, de la evolución del paciente, de los cambios conductuales que se generen y de su evitación actual, para poder diseñar la estrategia de exposición adecuada.

Para Michael Otto (1996), la exposición comenzará cuando se considere que el paciente es capaz de recordar el modelo del TEPT (ver *Figura V*) así como de confrontar los síntomas de ansiedad moderados y de completar la reestructuración cognitiva. Cada exposición debe estar acompañada por instrucciones de afrontamiento. La “habitación” es el proceso mediante el cual, el paciente, al exponerse reiteradas veces a las situaciones temidas, se

“acostumbraría” a ellas, generándose entonces una disminución en los niveles de ansiedad. Por ello, darle ejemplos de habituación los motiva a realizar aquellos enfrentamientos que tanto temor le causan. De allí que la habituación se logre mediante la técnica de exposición.

Figura V: Modelo del TEPT (Adaptado de Michael Otto, 1996)



Es recomendable explicarle los fundamentos y el método de la misma. Esto puede realizarse de varias maneras, siempre que se le exponga al paciente el foco principal de cada intervención (los miedos que el sujeto experimenta, el poder hacerles frente y manejarlos, serían las metas principales). Estos objetivos están directamente relacionados con el incidente traumático. Otro factor que debe mencionársele es el hecho de que

la evitación está directamente asociada con la perpetuación de la enfermedad y que, el confrontarlas sistemáticamente, resulta ser terapéutico.

La técnica de exposición (en vivo e imaginaria) activa los recuerdos traumáticos, para modificarlos y provee de nueva información. Lo que mejora los síntomas de hipervigilancia, los recuerdos intrusivos y las reviviscencias (Michael Otto, 1996; Foa y col., 1998).

Se espera que la exposición reiterada al recuerdo del trauma culmine en la habituación al mismo, para así procesar la situación y rememorarla, sin las intensas respuestas de miedo.

Según A. Cía, la exposición en vivo consta de diferentes etapas:

- a) Explicar las razones teóricas que sustentan este tipo de intervenciones.
- b) Presentar ejemplos concretos de habituación.
- c) Introducir, al paciente, en las diferentes escalas o cuadros.
- d) Diseñar una exposición en vivo con la situación evitada.
- e) Trabajar con el paciente para diseñar "tareas para el hogar".
- f) Instruir al paciente en las técnicas de exposición (se confrontará con situaciones que no revistan riesgo para que susciten su ansiedad durante, al menos, 30 – 40 minutos, puntuando los niveles de ansiedad suscitados).

La meta de la exposición en vivo sería lograr que el individuo pueda desenvolverse en forma adaptativa en las diferentes situaciones que se le presentan. El objetivo no es ayudarlos a sentirse fuera de peligro, en circunstancias que son realmente una amenaza, sino dejar de evitar aquellas que no lo son.

Durante la exposición, se le debe recordar al paciente, la importancia de no salir de la situación durante, al menos, 30 minutos; ya que el objetivo es que el alivio sea experimentado dentro de la situación misma y no por el hecho de abandonarla, esto reforzaría los temores.

- Exposición imaginaria: es una de las técnicas de la TCC empleadas para tratar el TEPT. Es una manera segura y controlada de que el paciente reviva el evento traumático, así como el miedo y el distrés causados por el mismo. Los afrontamientos o exposiciones se hacen gradualmente (desensibilización sistemática) y, en forma jerárquica, desde el menos ansiógeno al que más distrés cause.

Para el Dr. Cía, hay ciertos pasos a seguir en la exposición imaginaria:

- a) Presentar, al paciente, los fundamentos de ésta técnica.
- b) Estar atentos a los niveles de ansiedad del sujeto, darle seguridad y contención.
- c) Consignar: "Cierre los ojos, intente recordar el incidente, lo más nítidamente posible, relate los eventos en voz alta, como si los estuviese viviendo en este momento".
- d) En las dos primeras sesiones se permite que el acercamiento a los recuerdos sea gradual, y a partir de la tercera sesión se lo guía en el desarrollo del relato.
- e) El paciente debe otorgar un puntaje a las vivencias de acuerdo al nivel de ansiedad y el terapeuta consignará estos puntajes en una planilla ordenada por jerarquía.

- f) Es necesario dejar tiempo al finalizar cada sesión para que el paciente pueda hacer preguntas y aclarar dudas, así como para que calme su ansiedad.

La exposición elimina el miedo a los síntomas de ansiedad (Otto, M). Los pacientes no solo temen a los estímulos relevantes del trauma (eventos que pueden repetirse), sino también al recuerdo mismo del evento traumático, por las emociones negativas y síntomas que suscita (Meichenbaum, 1994).

- Entrenamiento respiratorio y relajación: el objetivo de entrenar al paciente en técnicas de relajación es darle más herramientas para calmar sus miedos y su ansiedad. Cuando un sujeto está ansioso, esto se traduce en tres niveles: fisiológico, cognitivo y comportamental; éstos no se manifiestan con la misma intensidad, sino que variará de acuerdo a las características de cada sujeto.

La relajación se caracteriza por una respiración profunda y lenta, por un aumento en la digestión y una disminución de los latidos cardiacos, así como por una mayor temperatura corporal. Para controlar la ansiedad, el paciente debe comenzar la técnica antes de que llegue a su pico de máxima intensidad, para ello es necesario que reconozca los síntomas y signos de la ansiedad.

### *Técnicas de la Terapia Cognitiva*

Antes de comenzar a desarrollar las técnicas cognitivas en la modificación de conducta, es necesario reconocer la influencia de las obras de Albert Ellis (1962) y Aaron Beck (1963-1970). Sus contribuciones se

centraron en las pautas de pensamiento erróneo y contenidos cognitivos anómalos en muchos trastornos emocionales y de conducta.

La terapia cognitiva se basa en el supuesto de que las cogniciones falsas subyacen a los problemas emocionales y de conducta, y tratan de modificarlas utilizando prioritariamente técnicas cognitivo – verbales.

Mayor, J y Labrador, J en *Manual de Modificación de Conducta* hacen referencia a la clasificación realizada por Mahoney y Arkhoff (1978), que divide las técnicas cognitivas en tres grupos:

- Técnicas Racionales o de Reestructuración Cognitiva.
- Técnicas de “Coping” o de desarrollo de habilidades para afrontar situaciones problemas.
- Técnicas de Resolución de Problemas.

Dentro del grupo de las Técnicas Racionales o de Reestructuración Cognitiva podemos enumerar:

1. La Terapia Racional – Emotiva de Ellis: el objetivo es conseguir la sustitución de los pensamientos irracionales, es decir aquellos “catastróficos”, negativistas y proféticos. Utiliza de modo más o menos explícito y no sistemático la aceptación incondicional del sujeto, técnicas de inundación por exposición abrupta a situaciones ansiógenas, imaginación emotiva para “ponerse” en las situaciones problemas, el humor y la vergüenza como emociones para activar a la persona, y el roll – playing.

No son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e. terremoto, dolor extremo) los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos. En base a esto, plantea el Modelo de Funcionamiento Psicológico “A.B.C” (Acontecimiento, Belief o creencia sobre A y Consecuencias).

2. La Terapia Cognitiva de Beck: centra su interés en las alteraciones cognitivas presentes en los trastornos afectivos. Las emociones son producidas por la interpretación de los eventos y no por los eventos en sí mismos. Esto implica que cada suceso puede ser interpretado de diversas formas, de acuerdo a los esquemas cognitivos particulares del sujeto. De la misma manera, cada una de las emociones se asocia a un pensamiento o creencia. Al estudiar la Depresión, detectó como típico de este trastorno la “Tríada Primaria” o puntos de vista negativos sobre uno mismo, su entorno vital y el futuro. Un elemento fundamental en la Terapia Cognitiva es la Auto – observación de los pensamientos automáticos que, a diferencia de la anterior propuesta, es el paciente quien va descubriendo por sí mismo el papel perturbador de sus pensamientos y considerando otras interpretaciones.

3. La Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y Goldfried: el objetivo de este procedimiento es “enseñar a las personas a pensar

bien”, es decir, ayudarla a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias, lo que implica romper el vínculo entre la situación desencadenante y la cognición previa. Su ventaja es que ofrece mayor sistematización.

4. Los Métodos de Autoinstrucción de Meichenbaum: a diferencia de la terapia planteada por Ellis que se basa en la eliminación de ideas irracionales, este autor sostiene que no es tanto el contenido irracional de los pensamientos lo que distingue a los individuos sanos de los que no lo son, sino su poco valor adaptativo y la dificultad de manejarse cuando estos pensamientos suceden. Para ello, desarrolla el procedimiento de autorregulación verbal de la conducta.

Las técnicas de reestructuración cognitiva pueden emplearse de forma grupal o individual, en terapia familiar y de pareja.

Pasos de la reestructuración cognitiva (Foa y Rothbaum, 1998):

1. Introducir los fundamentos de las técnicas a emplear.
2. Identificar con la persona la situación generadora de distrés emocional.
3. Ayudar a la persona a identificar las emociones y el pensamiento que las causó.
4. Ayudarla a identificar las creencias que subyacen a ese pensamiento, luego desafiar las mismas buscando evidencias que las sustenten o refuten.
  - 4.1. Si las evidencias que sustentan esas creencias son insuficientes, hay que ayudar al paciente a modificarlas.

4.2. Si las evidencias parecen sustentar las creencias disfuncionales, se debe ayudar a la persona a reformularlas en forma racional y adaptativa.

5. Facilitar el proceso de identificación y desafío de los pensamientos negativos y de las creencias disfuncionales, enseñándole las distorsiones cognitivas comunes este trastorno.

La reestructuración cognitiva provee de técnicas para lograr que la persona con TEPT se vuelva más observador de sus propios procesos mentales.

El grupo de las Técnicas de “Coping” o de desarrollo de habilidades para afrontar situaciones problemas, posee las siguientes características compartidas: (a) presentarse como medios activos para manejar distintas situaciones; (b) el poder ser utilizadas como respuestas ante los indicios externos o internos anticipadores de ansiedad o malestar; (c) utilizarse como habilidades de autocontrol que se deben emplear en situaciones reales. Es decir, el denominador común está en conferir al paciente la sensación de que puede controlar aspectos de su medio.

Dentro de este grupo, podemos enumerar:

1. Manejo de Ansiedad: Sippelle (1967) y, Suinn y Richardson (1971) desarrollaron un procedimiento que consiste en entrenar a la persona en técnicas de relajación e inducir experimentalmente la ansiedad mediante sugestión e instrucciones.
2. Desensibilización Sistemática como técnica de control: Goldfried (1971), ha realizado modificaciones en este método, que afectan tanto a su lógica

como al procedimiento. En cuanto a la lógica se plantea como aprendizaje de una habilidad más que como ensayos de contracondicionamientos. Respecto al procedimiento, la visualización de escenas ansiógenas no termina cuando el paciente experimenta ansiedad, sino que se mantiene la imagen y se le pide que se imagine manejando la situación, consiguiendo alejar la ansiedad.

3. Modelado Encubierto: consiste en practicar imaginariamente la realización de una conducta. Ayuda al paciente a enfrentarse con situaciones estresantes mediante el ensayo imaginario de estrategias, a partir de escenas conflictivas.

4. Inoculación de Estrés: tratamiento multifacético desarrollado por Meichenbaum. Se ofrece a la persona diferentes técnicas a utilizar cuando se enfrente a una situación aversiva, con la recomendación de que elija aquellas que mejor se ajusten a su propio estilo. Se divide en tres fases: educativa, práctica y fase de aplicación.

Dentro del grupo de Técnicas de Resolución de Problemas, también nos encontramos con diferentes aportes, dentro de los cuales, se enumeran:

1. Aporte de D' Zurilla y Goldfried: según ellos, la resolución de problemas es un proceso conductual, manifiesto o cognitivo que: (a) señala la disponibilidad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para tratar con situaciones problemáticas; (b) incrementa la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva entre esas alternativas. El entrenamiento sigue los siguientes pasos: (1) orientación general; (2)

- definición y formulación del problema en términos de conducta; (3) generar el mayor número posible de alternativas al problema; (4) toma de decisiones; (5) verificación siguiendo el modelo de TOTE.
2. Habilidades Cognitivas Interpersonales de Resolución de Problemas: Spivack y col. (1976), plantean que las habilidades que se relacionan consistentemente con el ajuste, son: el pensamiento alternativo (generar múltiples soluciones a un problema), el pensamiento consecuencial (anticipar las consecuencias a corto y largo plazo) y, el pensamiento medio – fines (capacidad de generar un plan, dirigirse a una meta, reconocer obstáculos y usar un marco temporal adecuado para alcanzarla).
3. Resolución de Problemas y Entrenamiento de Autocontrol: programa que insiste en enseñar habilidades metacognitivas, tales como: verificar, planificar, cuestionar, probar, y observar el propio proceso de acercamiento a un problema. La idea es que se aprendan normas de aproximación a tareas interpersonales y sociales.

### C. Tratamiento Farmacológico

Efectuar una descripción y análisis del Tratamiento Farmacológico utilizado actualmente para el abordaje del TEPT, excede ampliamente los objetivos del presente trabajo. Sin embargo, debido a que se trata de un trastorno con implicancias psicobiológicas que abarca una desregulación biológica y una disfunción psicológica, se debe tener en cuenta la posibilidad

de incluir un tratamiento combinado, en donde se integre la psicoterapia con una farmacoterapia específica.

Hasta este momento, el tratamiento farmacológico como única estrategia de intervención ha sido raramente suficiente para provocar una remisión completa de los síntomas asociados a esta problemática. Ninguna droga en particular ha emergido como el tratamiento definitivo y suficiente por sí mismo para tratar eficazmente el amplio espectro de sintomatología asociada al Trastorno por Estrés Postraumático. (Vargas & Davidson, 1993).

Para conseguir una adecuada aceptación de parte del paciente del tratamiento farmacológico y alcanzar una buena adherencia a éste, se debe realizar una psicoeducación, orientada a entregar una visión comprensible acerca de la forma en que aparece el TEPT, sus síntomas, el tratamiento y la evolución. El hecho traumático provoca una reacción de alarma, cuyos efectos se mantienen en el tiempo a través de los cambios psicobiológicos producidos; sobre estos cambios tendrá efecto el empleo de psicofármacos.

La psicoeducación es un instrumento terapéutico en sí mismo, dado que el paciente usualmente siente un considerable alivio al conocer que lo que padece puede ser claramente identificado por el profesional y que existen recursos para su recuperación (Cía, 2001).

Los medicamentos que se emplean para el tratamiento del TEPT siguiendo un orden cronológico de uso, son: los antidepresivos, y en menor medida los anticonvulsivantes, algunas benzodiazepinas, los bloqueantes beta – adrenérgicos y los agonistas adrenérgicos alfa – 2 (Cía, 2001).

Los objetivos que se buscan cumplir con la administración de fármacos en enfermos con TEPT son:

- Reducir la frecuencia y la severidad de los síntomas intrusivos.
- Reducir la tendencia a interpretar los estímulos entrantes como reactivaciones del trauma.
- Reducir el comportamiento evitativo.
- Mejorar el humor depresivo y la anestesia afectiva.
- Reducir la hiperactivación condicionada a estímulos reminiscentes del trauma.
- Reducir, en caso de presentarse, los síntomas psicóticos y disociativos.
- Reducir la impulsividad y la agresión dirigida hacia sí mismo y los demás.

Su contribución consiste fundamentalmente, en prevenir un mayor deterioro del enfermo, aumentar la sensación de control sobre sus vidas y facilitar el trabajo psicoterapéutico.

Leopold Bellak (1986), creador de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, analiza cómo los psicofármacos son de ayuda para el psicoterapeuta:

En la terapia, son a menudo parte de las condiciones que hace posible el trabajo con el paciente. Proporcionan control sobre estados excesivos de ansiedad, procesos disfuncionales del pensamiento o depresión; y en suma facilitan las condiciones para el trabajo

psicoterapéutico. Hay que manejar adecuadamente la medicación de modo que el paciente no pierda la motivación para la psicoterapia.

De todo lo anterior, surge la necesidad de rescatar y reconocer el gran aporte del tratamiento farmacológico para una intervención adecuada de esta problemática. Farmacoterapia y psicoterapia se potencian entre sí de forma complementaria.

## VI. CONCLUSIONES

De la revisión bibliográfica desarrollada y expuesta previamente, podemos extraer una serie de conclusiones sobre la importancia de la intervención del psicólogo en situaciones de crisis o emergencias para la prevención del Trastorno por Estrés Postraumático.

El concepto del TEPT evolucionó en consonancia con el momento histórico, político, cultural, económico, y según el pensamiento dominante de cada época. Actualmente, refiere a la exposición del sujeto a un agente estresante y a las consecuencias posteriores del mismo.

El Trauma es una realidad permanentemente presente a lo largo de la historia de la humanidad y en la vida cotidiana de las personas. Sus manifestaciones recorren horizontal y verticalmente a la sociedad. Sin embargo, no todas las personas que se enfrentan a una misma situación traumática, desarrollan un TEPT. En algunos casos los efectos pueden desaparecer o mitigarse con el tiempo, y en otros cronificarse si no reciben un tratamiento adecuado. La forma en que un individuo responde a un suceso precipitante y posteriormente penetra en una experiencia de crisis, depende de su contexto biopsicosocial, es decir de sus recursos materiales, personales (estrategias de afrontamiento y resiliencia) y sociales (red social o sistema de apoyo); así como de los factores de riesgo que intervienen y que contribuyen a graduar la intensidad de la respuesta al trauma.

Los eventos traumáticos son en la mayoría de las ocasiones, inesperados e incontrolables y por su fuerte impacto, bloquean las habilidades de una persona o grupo produciendo una crisis.

Como ya hemos mencionado, la crisis es un estado temporal de trastorno y de desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Es una respuesta normal a una circunstancia anormal, por lo tanto no necesariamente indica psicopatología o anormalidad.

El acontecimiento traumático provoca una demanda en el sujeto, quien depende de este contexto biopsicosocial, para poder conseguir una estabilización en un determinado lapso de tiempo y con cierto costo. Esto determinará si sus mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes.

Es necesario que el psicólogo pueda actuar en la situación de crisis, en momentos inmediatamente posteriores o al detectarse las primeras manifestaciones sintomáticas, con el fin de contener, asistir y brindar psicoeducación, para que la persona pueda entender lo que le está sucediendo, sus posibles causas y alternativas terapéuticas.

El psicólogo que interviene evaluará los recursos con que cuenta el damnificado y aquellos factores de riesgo que posibiliten el desarrollo del

trastorno. Posteriormente a este diagnóstico precoz, podrá realizar un pronóstico donde se indique una posible derivación.

Si bien en este trabajo hemos desarrollado abordajes terapéuticos que corresponden a dos modelos teóricos, reconocemos la existencia de otros, algunos de los cuales son: la Terapia en Crisis Multimodal desarrollada por Arnold Lazarus, Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia de Leopold Bellak, y otros modelos Integrativos en Psicoterapia.

La elección de los abordajes incluidos se basó en estudios realizados sobre la eficacia de estos tratamientos para intervenir en este tipo de trastorno.<sup>14</sup>

En los profesionales la preferencia de un marco teórico en detrimento de otros, dependerá de múltiples variables, no sólo de la eficacia que las técnicas demuestren para la resolución de las distintas problemáticas; sino también de la formación recibida, influenciada en ese momento por el marco teórico vigente en el ámbito académico. Y no menos importante en esta elección, es la existencia de una congruencia entre ese marco teórico y sus propias características personales.

Más allá del tipo de estrategia empleada, no debemos perder de vista el aporte del tratamiento farmacológico como complementario de la psicoterapia en el TEPT, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de un trastorno con implicancias psicobiológicas que abarca una desregulación

---

<sup>14</sup> Echeburrua, E; De Corral, P. *Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica*. Revista Internacional de Psicología Clínica y la Salud. Vol. 1, nro. 1. 2001.

biológica y una disfunción psicológica. Como se expresó con anterioridad, los fármacos pueden actuar sobre la reducción de síntomas y los tratamientos psicológicos sobre el aumento de competencias.

Retomando el objetivo de nuestro trabajo, en relación a la importancia de la intervención del psicólogo en situaciones de crisis o emergencias para la prevención del Trastorno por Estrés Postraumático centramos la atención sobre aquellos abordajes que actúan generando una Prevención Secundaria, es decir, aquella dirigida a individuos ya afectados para proporcionar tratamiento y asistencia lo más rápido posible. Las mismas corresponderían a una Intervención en Crisis de Primer y Segundo Orden, y dadas las características sintomáticas de este trastorno, deben ser breves.

Consideramos que el mundo actual demanda a los sujetos estructuras flexibles, creativas con gran posibilidad de reacomodación, de descentración, mecanismos que se deben poner en funcionamiento como consecuencia de interacciones producidas por la tecnología que mediatiza los fenómenos, que altera el cúmulo de estímulos que el ser humano soportaba en su cotidiano vivir.

Tenemos que tener en cuenta además, que en nuestro país nos encontramos con la retirada de lo que antaño fue el Estado Benefactor, lo cual fue repercutiendo en los servicios brindados en el ámbito de la Salud Pública, y que fue cubierto en parte por la práctica privada, con la consecuente ausencia de equidad.

A esto se agrega la actual crisis sufrida por las instituciones, las cuales dejaron de proporcionar sostén al individuo y no pueden funcionar como redes de apoyo.

Frente a todo este panorama, la práctica hospitalaria no puede responder a las demandas crecientes de tratamientos (prevención terciaria), por ello resulta imprescindible aplicar con urgencia políticas preventivas. Por las características imprevisibles de las crisis, desastres y catástrofes, a la prevención primaria (promoción de la Salud Mental) se le debe agregar una adecuada planificación de políticas de prevención secundaria.

Se hace evidente la importancia de la implementación de políticas públicas que permitan el armado de una estructura organizada de profesionales preparados para poder intervenir eficazmente. Parece necesaria la elaboración de un plan de Intervención Psicosocial consensuado por todas las organizaciones competentes en emergencias, con un enfoque multidisciplinario, para que puedan dar una respuesta integrada, en la que estén presentes e interrelacionadas las intervenciones que se desarrollen en los diversos campos. El mismo debe contar con una estructura organizada, flexible y ágil, capaz de adaptarse a los requerimientos y exigencias del individuo o grupo damnificado, buscando siempre su participación activa en la toma de decisiones y en la solución de sus conflictos.

Este Plan de Intervención Psicosocial, como cualquier plan de emergencia debe ser actual, dinámico y estar preparado para ponerse en marcha en el momento que se necesite. Así mismo, debe adaptarse al

contexto donde se implemente. Es fundamental que el mismo se difunda para que la comunidad toda tome conocimiento de su existencia, objetivos y alcance de sus prestaciones. Finalmente, es imprescindible hacer un seguimiento de su eficacia, que permita recoger los efectos sobre la población afectada, los logros obtenidos y los aspectos a modificar.

En este sentido, para alcanzar los objetivos de dicho Plan, es necesaria una labor previa de formación y concientización dirigida a todos los colectivos participantes en una situación de emergencia, que proporcione herramientas y habilidades para actuar en momentos de alto impacto emocional. Debemos tener en cuenta que no sólo los damnificados y sus familiares son vulnerables a las consecuencias del estrés posterior al desastre, también están expuestos los profesionales y los voluntarios. Estos últimos, si bien pueden poseer capacidad empática que le permita colaborar brindando contención, suelen carecer de la preparación y formación adecuada para que su ayuda resulte eficaz, sufriendo incluso ellos mismos trastornos psicológicos posteriores (Síndrome del Quemado o Burnout). A su vez, los profesionales que no posean las aptitudes, conocimientos y entrenamiento requeridos en este tipo particular de intervenciones, tampoco están exentos de sufrirlo. Entonces, se debe considerar que todo el equipo interviniente puede sufrir un impacto psicológico, debido a la tensión de la situación, al agotamiento, la dificultad del trabajo, provocando una disminución de su eficacia y produciendo trastornos psicológicos graves.

El psicólogo que intervenga en una situación de crisis, ha de estar entrenado y formado específicamente, y debe ser un recurso humano más,

coordinado dentro del sistema general de resolución y gestión de la emergencia. Debe conocer cuándo, cómo y qué tipo de intervención (preventiva, individual, grupal, terapéutica) debe desempeñar dependiendo de la circunstancia del suceso y de su análisis previo. Su aporte también puede incluirse dentro de la planificación estratégica de las políticas públicas en lo que se refiere a la optimización de los Recursos Humanos, colaborando en la promoción de la Salud Mental de los propios profesionales.

La consecución de todo este proceso nos permitirá contar con un buen Plan de Intervención Psicosocial eficaz, y donde finalmente esté claramente definido el rol del psicólogo en las situaciones de crisis.

Si bien el abordaje que efectúe el profesional psicólogo estará fundamentado por el marco teórico elegido, la meta de su accionar estará orientado a que la persona pueda elaborar y resignificar el acontecimiento traumático, integrándolo a su historia vital como parte real de su pasado y no como una constante reexperiencia presente a través de los síntomas; hará énfasis en las habilidades y recursos personales; orientará al individuo para que éste pueda lograr la reinserción laboral y sociofamiliar; favorecerá la autonomía. El objetivo último será mejorar la calidad de vida.

Recapitulando, el propósito de este trabajo ha sido rescatar la importancia de la intervención del psicólogo en situaciones de crisis para la prevención del Trastorno por Estrés Postraumático. La misma no debe ser

improvisada, dado que las características del suceso exigen una acción inmediata particular, se requiere de una especialización para que la misma sea eficaz.

Es sabido que siempre existieron desastres, catástrofes y situaciones de crisis, y que las personas han sobrevivido. Debemos reconocer que el costo ha sido alto tanto a nivel individual, familiar, grupal, institucional y social. Esto se debe a que estas consecuencias no sólo suponen una pérdida en cuanto a la calidad de vida y Salud Mental de los damnificados, las repercusiones se extienden más allá, afectando las relaciones interpersonales, produciendo bajas laborales, pérdidas del rendimiento, consultas a servicios de Salud Mental, etcétera, que suponen un alto costo para la administración del país de que se trate.

Los métodos y programas tradicionales resultan insuficientes para responder a las demandas actuales, por ello se hace cada vez más necesario la implementación de planes masivos que cuenten con los recursos necesarios materiales y humanos (profesionales especializados).

La situación de crisis es un escenario de urgencia que demanda una “atención inmediata” y debemos tener presente ambos términos a lo hora de elaborar un Plan de Intervención Psicosocial. Es importante el actuar in situ, pero no menos importante es el actuar eficazmente.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, M. *Notas acerca de la angustia y su conceptualización en un seminario*. Editorial Tekné. Buenos Aires.
- Actualidad Psicológica. *Enrique Pichón Riviere*. Año XXI. Nro 231. Buenos Aires.
- Alarcón, Renato. *Trastorno por Estrés Postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, vol.40 supl. 2. Noviembre 2002.
- Arricivita Amo, A. *La intervención del trabajador social en situaciones de emergencia*. Conferencia Virtual sobre Teoría y práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos catastróficos. Dirección General de Protección Civil de España.
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta Edición. Barcelona: Masson. 1995.
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Tercera Edición Revisada. Washington, DC. 1987
- Auf Der Heide, E. *Disaster Response: Principles of Preparation and Coordination*. Sant Louis: The C. V. Mosby Company. (!989)
- Balint, M; Ornstein, P. H; Balint, E. *Psicoterapia Focal*. Gedisa 1986.
- Beck, A; Rush, A, Shaw, B; Emery, G. *Psicoterapia Cognitiva de la Depresión*. DDB, Bilbao.
- Beck, Aarón. *Cognición y Psicoterapia*. Ediciones Paidós.
- Bellak, H y otros. *Manual de Psicoterapias Breves y Emergencias* editorial Manual Moderno. Méjico 1992.

- Belloch, A; Ramos, F. *Manual de Psicopatología*. Editorial Mc Graw Hill. Madrid.
- Bentolila, Silvia G.; Gómez Cabrera, Bibiana. Consideraciones sobre la salud mental en veteranos de guerra. Una experiencia argentina. Buenos Aires. Marzo, 2001.
- Beutler, L. *El estado actual y las contribuciones de la Investigación en Psicoterapia*. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Volumen I. Nro 3. Diciembre 1992.
- Bidegain, L. *El Concepto de Vinculo*. Material de circulación interna de la cátedra de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNMDP. 1993.
- Braier, E. *Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica*. Editorial Nueva Visión. 1981.
- Braier, Eduardo. *Psicoterapias breves*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1981.
- Calderón Abbo, José. *Examen del caso clínico desde el enfoque Cognitivo-Conductual*. 43º Congreso de la Asociación Internacional Psicoanalítica, New Orleans, Louisiana, U.S.A., Marzo 2004.
- Calviño, Manuel. *Premuras y Corduras en Psicoterapias*. Ficha de circulación interna Seminario Introducción a las Psicoterapias Focalizadas. Facultad de Psicología, UNMDP.
- Cano, Margarita Maria; Jairo Trejos, John. *Ponencia: papel de la recreación en la recuperación emocional posdesastre en niños*.  
www.redcreacion.org

- Carbonell, Carmen Gloria. *Trastorno por Estrés Postraumático: clínica y psicoterapia*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría., vol. 40 supl. 2. Noviembre, 2002.
- Carcamo, Jaime; Sánchez-Lacay, Arturo; Lewis-Fernández, Roberto. *El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el Trastorno por Estrés Postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 40 supl. 2. Noviembre 2002,
- Carvajal, César. *Bases neurobiológicas y farmacoterapia del Trastorno por Estrés Postraumático*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, v. 40, supl. 2. Nov, 2002.
- Carvajal, César. *Trastorno por Estrés Postraumático: aspectos clínicos*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol.40 supl.2. Nov. 2002
- Cazabat, Eduardo H. *Trastorno por Estrés Post Traumático. Criterios Diagnósticos*. Trabajo presentado en el II Congreso Virtual de Psiquiatría, Febrero, 2001.
- Centro Europeo de Investigación Social de Situaciones de Emergencia (CEISE). *El papel del psicólogo en los desastres*. Conferencia virtual sobre teoría y práctica de las ciencias sociales en situaciones de riesgos catastróficos. Psicología aplicada a la gestión de riesgos y catástrofes. Dirección General de Protección Civil de España.
- Chacon Andrade, Edgardo Rene. *Proceso de intervención psicológica en situaciones de crisis ante desastres naturales*. Universidad Tecnológica, El Salvador. [www.utec.edu.sv](http://www.utec.edu.sv)

- Echeburrua, E; De Corral, P. *Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica*. Revista Internacional de Psicología Clínica y la Salud. Vol.1, nro.1. 2001.
- Etchegoyen, H. *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Editorial Amorrortu. 1986.
- Feixas, G.; Miró, M. Teresa. *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos*. Barcelona. Paidós. 1993.
- Fernández Álvarez, H *La Psicoterapia vista por los médicos*. Editorial Nuevo hacer grupo editor latinoamericano. 1999.
- Fernández Álvarez, H. (compilador) *Desarrollos en Psicoterapia*. Fundación Editorial de Belgrano. Buenos Aires. 1997.
- Fernández Álvarez, H. *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1991.
- Fernández Moujan, Octavio. *Crisis Vital. Un Modelo de Transformación en Psicoanálisis y Psicología Social*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1989.
- Fierro, A (comp). *Manual de la Psicología de la Personalidad*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Fiorini, H. *El Campo Teórico y Clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas*. Editorial Teckné. 1987.
- Fiorini, H. *Teoría y técnica de psicoterapias*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1993.
- Fouce Fernández, J.; Hernández, A.; Carpio, C; Lillo, A.; Losada Pérez, D.; Martínez Bonilla, R.; Nevado Rey, M. *Intervención psicológica en*

- emergencias*. Conferencia Virtual Iberoamericana sobre Metodologías de la Formación/ Capacitación en Materia de Defensa. Protección Civil. España.
- Funder, D. *Personality*. Annual Reviews Psychol. Vol.52 nro.197. Año 2001.
  - Galende, E. *De un horizonte Incierto*. Editorial Paidós. 1997.
  - Hornstein, L *Teorías de las ideologías y psicoanálisis*. Kragierman. 1973.
  - Hornstein, L; Puget, J y otros. *Clínica Psicoanalítica en Tiempos de Crisis*. Revista Asociación Argentina de Psicotrauma. Numero 16, 1990.
  - Johnson, Marjorie Carevic. *Seminario sobre el Estrés*. [www.psicocentro.com](http://www.psicocentro.com)
  - Kaes, R y otros. *Crisis, Ruptura y Superación*. Editorial Cinco. 1979.
  - Losada, M.; Montero, M.; Rodríguez Mora, I. *Manual de reunificación familiar en situaciones de emergencia*. Caracas: F.E.P.U.V.A.-U.C.V. 2000.
  - Mahoney, M y Freeman, A. *Cognición y Psicoterapia*. Piados. Barcelona. 1988.
  - Malvarez, Silvina. *Salud mental y fin de siglo*. Córdoba, 1996.
  - Martín Díaz, M. D.; Jiménez Sánchez, M. P.; Fernández-Abascal, E. *Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, vol. 3, nro 4. España.
  - Martínez-Taboas, A. *La investigación psicoterapéutica y el movimiento de integración de las psicoterapias*. Revista Interamericana de Psicología, vol. 27 nro 2. 1993.
  - Mayor, Juan. *Manual de Modificación de Conducta*. Editorial Alambra.

- Mingote, José Carlos; Machón, Begoña; Isla, Irene; Perris, Alicia; Nieto, Isabel. *Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático*. Revista de Psicoanálisis, No. 8. Julio 2001.
- Montoliú, Jaime Martín. *La psicoterapia psicoanalítica breve en los síndromes de respuesta al Estrés*. Revista de Psicoanálisis. No.7. Abril, 2001.
- Pavlovsky, E.; Kesselman, H. *La Resonancia: el radar emocional*. Ficha de circulación interna Seminario Introducción a las Psicoterapias Focalizadas. Facultad de Psicología, UNMDP.
- Paz, R. *Psicopatología, sus fundamentos dinámicos*. Editorial Galerna. 1971.
- Peyrú, G. *Diagnósticos esenciales y estrategias en psicoterapias breves*. II Jornadas Asistenciales Interdisciplinarias de salud Mental. I Congreso Nacional. Ficha de circulación interna Seminario Introducción a las Psicoterapias Focalizadas. Facultad de Psicología, UNMDP.
- Peyrú, G. *Verificabilidad de la Psicoterapia y Predicción del Comportamiento*. I Congreso de Psicoterapias. Ficha de circulación interna Seminario Introducción a las Psicoterapias Focalizadas. Facultad de Psicología, UNMDP.
- Pichón Riviere, E. *El proceso grupal*. Editorial Nueva Visión. 1988.
- Pis Diez, G. *La Bioética como Función Cultural*. Revista Quirón nro. 25, 1994.
- Quiroga, A *Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo*. Editorial Cinco. 1998.
- Revista de Psicotrauma para Ibero América. Vol I, Nro I. Diciembre, 2002.

- Rodríguez Escobar, Javier. *La formación para la intervención psicológica en emergencias y desastres*. Unidad Isis. Unidad de intervención psicológica en emergencias y desastres del Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla, España. <http://www.grupoisis.com/>
- Rodríguez Ramos, Rómulo. *Unidades de Intervención en Crisis. Conceptualización y metodología de trabajo*. Jornadas Internacionales sobre Psicología Clínica y Salud. Estrés y Salud. 17-20 de Noviembre de 1997. Murcia, España.
- Rodríguez Salgado Carmen: *Consideraciones bioéticas sobre la Psicología Clínica y las Psicoterapias actuales*. Facultad de Psicología, UNMDP.
- Rodríguez Salgado, C. *Operación Psicológica. Cuadro actitud clínica*. Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNMDP. 1991.
- Rodríguez Salgado, C. *Síntesis teórica sobre Psicoterapias*. Material del Seminario Introducción a las Psicoterapias Focalizadas. Facultad de Psicología, UNMDP. 1998.
- Rodríguez Salgado, C. *Teóricos sobre situación de crisis*. Material de la Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNMDP. 1997.
- Rodríguez Salgado; C. *Demandas psicológicas actuales. La consulta focal como una posible respuesta*. Trabajo presentado en la VI Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico y IV Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P. 6 y 7 de Noviembre, Mar del Plata, 1992.
- Safran, Jeremy; Segal, Zindel. *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*.

- Sánchez Vidal, Alipio. *Psicología Comunitaria*. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona EUB. Parte II. 1990.
- Semerari, Antonio. *Historia, Teorías y Técnicas de la Psicoterapia Cognitiva*. Ediciones Paidós.
- Slaikeu, K. A. *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. Editorial El Manual Moderno. México, 1984.
- Sternberg, R; Grigorenko, E. *Unified Psychology*. American Psychologist. Vol 56 Nro.1059-1079. 2001.
- Trucco, Marcelo. *Estrés y Trastornos Mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales*. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2002.
- Ulloa, Fernando. *El Método Clínico En Psicología*. Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNMDP. 1999.
- Ulloa, Fernando. *La Entrevista Operativa*. Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNMDP. 1989.
- [www.amamecrisis.com.mx](http://www.amamecrisis.com.mx)
- [www.resiliencia.com.ar](http://www.resiliencia.com.ar)