

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**MODULO DE PSICOLOGIA Y
ATENCIÓN DE LOS DESASTRES**

**MANUAL DE ABORDAJE PSICOLÓGICO SOBRE
CULPA DEL SOBREVIVIENTE**

**PROFESORES:
LORENA SAENZ
CARLOS PICADO**

**ELABORADO POR:
KATALINA ALFARO
Ma. AURELIA BLANDINO**

04 DE DICIEMBRE DEL 2001

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| II. DESASTRES | 4 |
| III. SÍNDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO | 5 |
| A. Factores externos:..... | 7 |
| B. Factores internos (personales):..... | 7 |
| 1. El segundo desastre..... | 8 |
| 2. Trastorno de estrés Agudo: | 8 |
| 3. Trastorno por Estrés Postramático:..... | 10 |
| IV. CULPA DEL SOBREVIVIENTE..... | 13 |
| V. TRATAMIENTO | 15 |
| A. La inoculación del estrés..... | 15 |
| 1. Relajación progresiva..... | 16 |
| 2. Cuestionario para el estrés de M. Solano- Beuaregard (1996)..... | 17 |
| 3. Afrontamiento de eventos estresantes utilizando la imaginación de Davis (1988)..... | 17 |
| 4. Restructuración cognitiva:..... | 18 |
| B. Biblioterapia | 20 |
| C. Trabajo interdisciplinario: psicólogo/ médico (psiquiatra o internista)..... | 21 |
| VI. COMENTARIO FINAL | 21 |
| VII.REFERENCIAS | 22 |
| IX. ANEXOS | 23 |

MANUAL DE ABORDAJE PSICOLÓGICO SOBRE **CULPA DEL SOBREVIVIENTE**

I. INTRODUCCIÓN

Hablar sobre “Culpa del Sobreviviente” en situaciones de desastre, involucra necesariamente otros temas directamente relacionados como lo son el duelo, y el estrés post-traumático.

La presente investigación es un esfuerzo por aproximarse al fenómeno de la culpa expresada por sobrevivientes a situaciones de desastre, así como ofrecer algunas herramientas prácticas para el trabajo desde la psicología con las personas que han pasado por este proceso.

Culpa del sobreviviente es el término utilizado para describir los sentimientos de culpabilidad de aquell@s que logran subsistir luego de la ocurrencia de un evento que conllevó la muerte a otras personas.

Estos sentimientos se manifiestan en pensamientos emociones y acciones en los que se atribuye la responsabilidad de lo ocurrido al sí mismo. Dicha responsabilidad está en función de acciones u omisiones propias que –según el individuo- mediatizaron la pérdida o muerte de otras personas. El sentimiento de culpa lleva implícito una serie de pensamientos irracionales y emociones asociadas como el dolor la irritabilidad, el miedo y la angustia.

Para efectos de la presentación de esta guía se trabajará sobre la definición de desastres, culpa, duelo y síndrome de estrés post-traumático ya que son expresiones que se separaran de la culpa del sobreviviente solo para fines didácticos pero que en la realidad se presentan como manifestaciones de una misma situación.

A manera de introducir la temática de una forma más vivencial que exprese desde registros de la realidad la complejidad del tema, se cita a Samuel Waserstein

sobreviviente de la matanza del diez de julio de 1941 en la aldea de Jedwabne en Polonia, ocurrida durante en la primera mitad del siglo veinte, cuando expresa:

Talvez todo esto parezca extraño ¿por qué yo mirando estas cosas sin hacer nada? ¿Porqué yo, testigo único de hechos únicos, en un momento único de la historia, en un escenario único de Polonia? Esto me lo he preguntado en mis noches de insomnio, cientos de veces me he preguntado por qué tanto odio, tanta sangre, tanta locura, tanta brutalidad y barbarie ante mis ojos. Nunca lo sabré. (Waserstein, 2001: 90)

II. **Desastres**

Los desastres son eventos extraordinarios y dramáticos que perturban la vida cotidiana, originan consecuencias negativas como pérdida de vidas humanas, lesiones físicas, daño o pérdidas materiales que provocan sufrimiento.

Estos eventos pueden ser de inicio lento o repentino y sin ninguna advertencia. Pueden ser causados por el ser humano (guerras, incendios, contaminación química, disturbios civiles, etc.) o por fenómenos naturales (terremotos, maremotos, inundaciones, tornados, etc.).

Para valorar la magnitud de un desastre debe considerarse el potencial de daños humanos, el grado de perturbación a las actividades de la comunidad y la amplitud del sector afectado (dimensiones del área, densidad poblacional, etc.).

El desastre se mide a partir de las pérdidas que el evento genera sobre una determinada población, las cuales generan sufrimiento humano. Ello también incluye las pérdidas materiales, en muchos casos totales, de vivienda y lo que había en ella, del trabajo y sus tierras, el ser trasladados a refugios improvisados, con falta de condiciones higiénico-sanitarias, con limitaciones de alimentación y medicamentos, que constituye una prolongación de la situación de estrés y el devenir de las consecuencias tardías como la aparición de epidemias, agudización de la pobreza y sus crecientes limitaciones en salud, educación, vivienda, trabajo, entre otras.

Una parte importante que con frecuencia olvidamos es el impacto inmediato y la aparición posterior de secuelas emocionales con una gran variedad de manifestaciones individuales y sociales en la población afectada y que por la magnitud del evento vivido y su capacidad destructiva podría extenderse a todo el país. Es por ello, que atender el aspecto emocional lo más temprano posible se

constituye en una de las prioridades que luego de salvaguardar la vida humana forma parte de la satisfacción de las necesidades básicas de los afectados.

III. *Síndrome de estrés post-traumático*

Vivir una situación de desastre afecta el equilibrio psicofisiológico y el estrés que resulta de ello puede provocar crisis personales, familiares, incluso crisis a nivel comunal y social. Es importante comprender que los síntomas de estrés físico o psicológico que aparecen después de una situación de desastre, no necesariamente convierten a estas personas en "enfermos" y que estas manifestaciones pueden ocurrir a cualquier ser humano cuando los estímulos o **demandas del medio sobrepasan la capacidad de resolverlos o adaptarse** a ellos. Estas manifestaciones pueden considerarse respuestas "normales" a eventos "anormales".

El término "**estrés**" es actualmente muy utilizado en una gran variedad de contextos, ya sea para expresar una característica del ambiente ("el estrés del trabajo") o para expresar las reacciones que presenta un individuo ante circunstancias particulares. El término proviene de la física y se utiliza para designar la fuerza o **resistencia** que se produce en el **interior** de un objeto a **consecuencia** de una fuerza externa que actúa sobre él. En 1932, W. Cannon fue el primero en utilizarlo aunque de forma poco sistemática en un contexto de salud. (Toboada, 2001)

El estudio y uso del término "estrés", con carácter técnico se inició en 1936 con Hans Selye, quien lo definió como un "conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo", es decir como una alteración de la homeostasis (equilibrio) del organismo. R. S. Lazarus, de la Universidad de California, ha sido la figura principal del estudio del estrés en seres humanos y presentó en 1984 un modelo transaccional en el que lo define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

En el presente documento nos referimos a "estrés" para describir los cambios psicológicos, fisiológicos o conductuales que presenta una persona como respuesta a una situación que representa una demanda no usual, y como "estresores" nos referimos a la situación externa que puede ser más o menos amenazante para la estabilidad del individuo.

Para que se produzca una respuesta de "estrés" deben haber condiciones tanto internas como externas y es la relación entre ellas lo que genera su aparición y lo que determina las características individuales del "estrés". Esto explica que cada individuo pueda responder de manera diferente ante un mismo estímulo y según su historia, experiencias y características personales tendrán diferentes interpretaciones y estilos de enfrentamiento ante cada situación.

Por ejemplo, el evento de la muerte de un familiar cercano, afectará y será vivido de manera diferente por un niño y por un adulto; por alguien que era independiente económicamente que el que no lo era. La adaptación será diferente para el que cuenta con un apoyo y familiar que para el que carece de ello. El que posee creencias religiosas o componentes espirituales de esperanza o resignación acerca del fenómeno de la muerte, posiblemente, interpretará su vivencia de forma distinta de quien no los posee. Estos son algunos de los muchos factores que determinan las diferentes reacciones ante situaciones estresantes y el tiempo o capacidad de asimilación o recuperación.

En los desastres de mayor magnitud, suele ocurrir de forma conjunta la experiencia de un trauma psíquico individual y un trauma colectivo.

Un trauma es una situación inusual de peligro, ya sea físico o para el bienestar de una persona. Las consecuencias psicológicas pueden aparecer de forma inmediata (estrés agudo) o presentarse algún tiempo después (estrés postraumático) y limitan de manera objetiva el funcionamiento posterior de la persona.

En cada situación debemos considerar:

A. Factores externos:

- Tipo de situación que se ha vivido.
- Duración de la situación.
- Intensidad del evento.
- Etapa (fase) del desastre.
- Impacto en la vida personal o comunitaria (grado de desorganización).
- Sistemas de apoyo de la comunidad.
- Redes de apoyo familiar.
- Posibles consecuencias sociales: inmediatas, a mediano y a largo plazo.

B. Factores internos (personales):

- a. Edad del afectado.
- b. Género.
- c. Estado de salud previo y actual.
- d. Situación económica, social, y familiar en el momento del desastre.
- e. Significado (interpretación) personal de la pérdida.
- f. Experiencia previa de eventos de gran estrés, pérdidas y mecanismos de adaptación o resolución a los mismos.
- g. Estado emocional previo al evento actual.
- h. Recursos con que cuenta para enfrentar el desastre (internos y externos).
- i. Formas de respuesta emocional en cada etapa (fase) del desastre.
- j. Evaluación de las posibles consecuencias personales: inmediatas, a mediano y a largo plazo.

1. El segundo desastre

El evento traumático no concluye cuando pasa el fenómeno natural, ya que, según los expertos, es aquí que inicia lo que se denomina "**el segundo desastre**", que requiere igual atención que el primero. Este "segundo desastre" está constituido por la experiencia de adaptación de los damnificados a condiciones ajenas a su estilo de vida, salida del ambiente natural, la desintegración de la comunidad y de las familias (por muerte, por ubicación en refugios diferentes, por estar algunos en hospitales, etc.) y es en este momento que se empiezan a aceptar las pérdidas y a plantear un cambio importante (a menudo radical) en todo lo que era el proyecto de vida personal.

Es importante ir diferenciando entre los síntomas que pueden considerarse como una **respuesta normal** al evento vivido y los síntomas que por su duración, intensidad o afectación al funcionamiento de las personas se convierten en **cuadros clínicos** que deben recibir ayuda especializada. Los cuadros clínicos pueden presentarse en personas que no tengan ninguna predisposición, sólo por el hecho de haber vivido un evento estresor de extrema intensidad, y que el presentar síntomas emocionales no lo convierte automáticamente en un "paciente".

- Trastorno por estrés Agudo.
- Trastorno por estrés Postraumático.
- Trastornos Adaptativos con estado de ánimo ansioso, depresivo o mixto.

2. Trastorno de estrés Agudo:

La principal característica de este trastorno es la aparición de síntomas de ansiedad de tipo disociativo (vemos a la persona perpleja, no reacciona con respuestas afectivas adecuadas a los estímulos, parecieran confusos o que no comprenden lo que sucede) y estos síntomas ocurren durante el primer mes

después de haber estado expuesto a un evento estresor traumático de gran intensidad.

Ya sea durante el evento o posterior a él, la persona puede experimentar una sensación subjetiva de obnubilación, distanciamiento o ausencia de respuestas emocionales, una reducción de la conciencia ya sea de sí mismo o del medio, desrealización (sensación de que no está sucediendo lo que sucede, o que no es real o vivirlo como un sueño), despersonalización (sensación de que uno no es uno mismo) o una amnesia disociativa. El evento traumático es reexperimentado de forma persistente (ya sea con pensamientos, sueños o pesadillas, imágenes, etc.) y la persona evita de forma evidente cualquier estímulo relacionado con el evento traumático. Hay síntomas de ansiedad intensa o temor. Los síntomas pueden causar un malestar clínicamente significativo que interfieren en su funcionamiento habitual o le desajustan las habilidades que el individuo necesita para realizar tareas necesarias.

El malestar dura como **mínimo dos días pero no más de cuatro semanas** después del evento traumático. Las personas con un Trastorno por estrés Agudo presentan una disminución en su respuesta emocional, con frecuencia sienten difícil o imposible experimentar placer en actividades que antes disfrutaban. Pueden experimentar sentimientos de culpa, preocupación y dificultades para concentrarse.

El Trastorno por Estrés Agudo tiene síntomas requeridos para el Trastorno por Estrés Postraumático, tales como: presencia de un evento traumático, la reexperimentación del evento, la evitación de estímulos que lo recuerden y una respuesta mayor de la esperada ante estímulos relacionados con el trauma como estar hiperalerta, presentar insomnio o inquietud motora.

Las personas que presentan este trastorno tienen mayor predisposición para desarrollar posteriormente un Trastorno por Estrés Postraumático y este diagnóstico debe establecerse si los síntomas duran más de un mes; pueden presentar conductas de alto riesgo y en el caso de que los sentimientos de culpa debido a la pérdida de seres queridos o no haber podido ayudar como cree que

debió hacerlo, debemos considerar la posibilidad de que desarrolle un Episodio Depresivo Mayor.

3. Trastorno por Estrés Postramático:

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) introduce en su clasificación denominada “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales” en su cuarta edición (DSM-IV), el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, como producto de un importante movimiento social iniciado por los veteranos de la guerra de Vietnam y sus familiares. Posterior a la finalización de la guerra, se incrementa la presión social debido a que una gran cantidad de los ex-combatientes presentaron manifestaciones psicológicas (expresaban una pérdida de la capacidad afectiva, distanciamiento emocional de personas que antes eran importantes como esposa e hijos, una pérdida de interés en el futuro y sus planes, dificultad para reinsertarse a la vida laboral, recuerdos insistentes y angustiantes de los eventos vividos, etc.) y muchos de ellos terminaron en suicidio.

Según el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, en su IV edición, los estudios de prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático, señalan rangos del 1% al 14 % dentro de una variabilidad relacionada con los métodos y la población muestreada.

Los estudios con individuos en riesgo (veteranos de guerra, víctimas de violencia o desastres naturales) muestran rangos de **prevalencia del 3% al 58%**. Los datos anteriores expresan por sí solos la importancia y trascendencia por los costos sociales y de salud, que estas manifestaciones han venido alcanzando en la sociedad norteamericana y más aún en una situación de desastre como la vivida en Nicaragua.

Los rasgos esenciales de éste trastorno se muestran con la presencia de un conjunto de síntomas en personas expuestas a eventos traumáticos. Las respuestas de las personas pueden ser de un miedo intenso, horror o desesperanza, en niños podemos ver conductas agitadas. La reexperimentación del evento traumático (sensación vívida de estarlo volviendo a vivir ya sea por ideas o en sueños) y la evitación de los estímulos que lo recuerden.

Los síntomas inician en los tres primeros meses después del trauma y **deben durar más de un mes**. Causan malestares clínicamente significativos, desajuste social, ocupacional o en cualquier otra área de su funcionamiento habitual. En un inicio puede ser establecido el Diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo. Las personas hacen esfuerzos por evitar los pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades o personas que les recuerden el evento. Esta evitación puede incluir amnesia de detalles o de aspectos importantes del evento. Pueden experimentar una disminución del deseo de hacer actividades que antes gustaba realizar, una pobreza o ausencia de respuesta emocional, distanciamiento de personas que antes amaba, principalmente con aquellas asociadas a la intimidad, la ternura o sexualidad. Esta dificultad en sus relaciones interpersonales puede llevarlos a divorcio o pérdida del trabajo, lo que genera un desajuste total en sus vidas.

Pueden presentar conductas impulsivas, autodestructivas, sentimientos de desconfianza o de estar siendo dañado por lo demás, hostilidad, vergüenza, malestares y quejas somáticas y cambio en algunas características de su personalidad, previas al evento traumático.

Estas personas pueden experimentar desesperanza, una sensación de acortamiento del futuro, como si no tuviese sentido hacer planes. Respuestas exageradas a estímulos relacionados con el evento, insomnio, pesadillas, despertar sobresaltado. Algunos reportan irritabilidad, enojo y estallidos de cólera; otros presentan problemas de concentración o dificultad para mantener sus planes o completar las tareas que inician. En general, los pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático tienen mayor probabilidad de desarrollar episodios depresivos

mayores, fobias simples o específicas, trastornos por somatización y trastornos relacionados con el uso de sustancias, como una manifestación conductual de su desajuste emocional. Los pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático se quejan de un doloroso sentimiento de culpa ya sea por haber sobrevivido o por las cosas que tuvieron que hacer para sobrevivir.

Los eventos traumáticos han sido ampliados a una gran gama de posibles experiencias traumáticas que pueden ser desde la guerra, los desastres naturales, el abuso en niños, la tortura, los accidentes de auto graves, raptos o secuestros, violaciones o/y aún los ataques físicos, su reexperimentación o el malestar psicológico intenso puede disminuir y reaparecer mucho tiempo después ante un estímulo que lo evoque, como por ejemplo la fecha del aniversario del evento, una imagen semejante, etc.

Por la duración de los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático, estos pueden ser **agudos** cuando duran menos de tres meses y **crónico** si los síntomas duran tres meses o más.

Cuando los síntomas inician al menos seis meses después de haber vivido el evento traumático, se denomina **instalación tardía**. Este elemento debe ser tomado muy en cuenta por la necesidad de planificar **seguimientos psicológicos aún años después del evento**.

- **Trastornos Adaptativos:**

La característica principal de los llamados trastornos adaptativos es la aparición de una serie de síntomas emocionales y conductuales como respuesta a un evento claramente identificable como estresor psicosocial. A diferencia de los dos diagnósticos anteriores, en los que el estresor debía ser de extrema intensidad, este diagnóstico se establece con la aparición de síntomas ante estresores más cotidianos o en el caso de eventos traumáticos, pero en los que la persona no experimenta o no reúne los criterios para esos dos diagnósticos.

En los Trastornos Adaptativos los síntomas inician **dentro de los tres primeros meses** después del evento estresor y por lo general **no duran más de seis meses** después de finalizado el evento, sin embargo, los síntomas se pueden prolongar si el estresor se vuelve crónico. En el caso de los desastres, puede ser que aparezcan una serie de síntomas de leve intensidad (que no reúnen criterios para el Trastorno por Estrés Agudo ni Trastorno por Estrés Postraumático) pero que persisten durante mucho tiempo debido a la falta de condiciones reales de reiniciar su vida o recuperar su nivel anterior al evento.

Los subtipos de los Trastornos Adaptativos pueden identificarse como Estado de **Animo Deprimido**, en el cual las manifestaciones principales son el estado de ánimo deprimido, llanto fácil o incontrolable o sentimientos de desesperanza. Puede presentar predominio de **Ansiedad** y sus manifestaciones serán de nerviosismo, preocupación por eventos que no han sucedido o pensamiento negativo y derrotista, inquietud o sensación de "que algo puede suceder". En los niños temor intenso de separarse de las personas significativas para ellos. Puede haber una presentación de síntomas combinados **Ansioso-Depresivos**.

Otra forma de presentación puede ser con Trastornos de la **Conducta**, con manifestaciones más evidentes en el área conductual como pleitos, agresividad, ruptura o violación de normas establecidas, sin que ello fuera característico de su personalidad antes del evento o que se hayan exacerbado a partir del mismo.

IV.

Culpa del sobreviviente

La culpa del sobreviviente también puede ser llamada Síndrome del Sobreviviente, como expresa Edgardo Korovsky (2001):

Se denomina síndrome del sobreviviente a un gran número de síntomas, incluyendo depresión, insomnio, ansiedad, pesadillas, enfermedades psicosomáticas, entre otros, que se creen originados en sentimientos de culpa, por ser quienes los experimenta personas, emocionalmente cercanas al enfermo, tales como padres, hijos, hermanos, parientes o amigos. El síndrome del sobreviviente es un tipo de neurosis traumática (pp. 02)

La culpa experimentada por los sobrevivientes a situaciones de desastre está íntimamente ligada al estrés. De hecho, quienes sufren de dicho síndrome presentan una serie de ideas o pensamientos irracionales que son generados y a su vez se prolongan por situaciones estresantes. De este modo, la culpa inicial que resulta de una situación crítica genera montos elevados de estrés, pero a su vez, si estos últimos, se mantienen a través del tiempo, hacen que no desaparezca la culpa y que los daños fisiológico y emocional también aumenten.

Por lo anterior, la intervención psicológica no se limitará únicamente a la reestructuración cognitiva, sino que es de vital importancia comenzar con el tratamiento directo del estrés a través de la inoculación. Al mismo tiempo se trabaja con la reestructuración de los pensamientos, pasando por la biblioterapia, esta última debido a la necesidad de que la persona conozca y comprenda sobre su problema, de manera que termine de ayudar a la hora de los cambios a nivel cognitivo.

En casos más severos, se debe valorar la necesidad del trabajo interdisciplinario con médicos internistas o psiquiatras, para la medicación de ansiolíticos u otros medicamentos que permitan al paciente superar su ansiedad, insomnio, hiperventilación u otros síntomas físicos (como colitis, gastritis, problemas cardíacos) que le esté aquejando y que no se vea disminuido a través de la inoculación del estrés y/o que no esté permitiendo poder comenzar con los cambios cognitivos por ser depresiones severas con o sin ideas suicidas.

Los síntomas observados en el síndrome del sobreviviente se ajustan a aquellos que se presentan en el trastorno de estrés post- traumático, ya que ambos fenómenos están en estrecha asociación, es por esto que muchas de las técnicas para el enfrentamiento del estrés, van a acarrear necesariamente mejoras en dicho síndrome.

V. TRATAMIENTO

A continuación se exponen algunas técnicas de tratamiento para trabajar tanto el área de manejo del estrés como la culpa. Se han escogido por que se consideran muy efectivas. Como se especificó con anterioridad estas técnicas corresponden a una orientación psicológica cognitivo- conductual.

A. La inoculación del estrés:

En términos generales, es un modelo de intervención en el cual se le enseñan a la persona diversas habilidades cognitivas- conductuales- emocionales que le permitan relajarse y enfrentarse a una amplia gama de eventos estresantes. (Davis, 1988)

Esta técnica no pretende evitar los eventos que producen estrés; más bien se dirige a instrumentar a la persona con nuevas técnicas de afrontamiento y manejo del estrés.

El objetivo fundamental de la intervención es que la persona logre como primer paso relajarse, lo que conlleva a bajar la elevada activación fisiológica, para que posteriormente utilice diversas estrategias para afrontar y manejar el estrés (Davis, et. Al. pp. 105)

Dicha intervención permite que las personas logren evaluar y posteriormente elaborar y llevar a cabo la acción que se requiere, aparte de evaluar los recursos personales con los que cuenta para el manejo del evento. Lo anterior facilita

pensar desde una óptica diferente acerca del evento que va a afrontar y las diferentes alternativas que puede utilizar.

Esta estrategia incluye las siguientes habilidades:

1. Relajación
2. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva)
3. Resolución de problemas.
4. Entrenamiento en autoeficiencia/ autorrecompensa.
5. Establecimiento de habilidades conductuales (asertividad, por ejemplo)

Entre las técnicas que se pueden utilizar tenemos:

1. Relajación progresiva.

La relajación en un sentido estricto hace referencia a un estado del organismo definible como la ausencia de tensión, y que se manifiesta en tres niveles: fisiológico, conductual y subjetivo (Cautela y Groden, 1989).

Los supuestos básicos de esta técnica, planteados por Cautela y Groden (1989), son los siguientes:

1. Es una técnica fisiológica basada en la relajación de la musculatura esquelético- motoras.
2. El programa de entrenamiento se basa en la discriminación de las señales de tensión en las distintas partes del cuerpo ejercitadas.

3. La relajación de la musculatura conlleva a la relajación del sistema autonómico-vegetativo.
4. La relajación fisiológica produce efectos paralelos de relajación emocional y de relajación cognitiva.

2. Cuestionario para el estrés de M. Solano- Beuaregard (1996)

Con dicho instrumento se pretende detectar cuál es la parte vulnerable de cada paciente, sea esta la motora, la cognitiva- conductual o la neurovegetativa; así como su nivel de estrés (bajo, medio, alto). Esto permite no sólo medir, sino ayudar a que las personas entren en contacto con su nivel de estrés, lo que puede devenir en cambios cognitivos en el afrontamiento y manejo del paciente.

3. Afrontamiento de eventos estresantes utilizando la imaginación de Davis (1988)

Con esta técnica se busca una reestructuración cognitiva, mediante la afrontación de eventos estresantes mediante el uso de la imaginación. Se comienza por el evento menos estresante:

1. Tome este primer evento estresante. Imagine el evento de la manera más detallada posible: dónde está, con quiénes, el lugar, los colores, sonidos; todos aquellos detalles para darle realidad.
2. Mantenga esa imagen por unos 30 a 40 segundos. Mire como reacciona su cuerpo: los latidos del corazón, su respiración, la tensión de sus músculos. Estas son las señales para iniciar la relajación antes aprendida.
3. Mantenga la imagen y trate de relajarse. Puede decirse así mismo: "Relajado... calma... déjate ir".

4. Haga lo mismo con el mismo evento hasta que cuando lo imagine no sienta tensión física o ansiedad. Mantenga la imagen en su mente por 30 segundos.
5. Una vez que usted imagine el primer evento sin tensión o ansiedad alguna, pase a realizar el mismo procedimiento con la escena siguiente de la jerarquía.
6. Recordar:
 - Se inicia con el evento menos estresante y se avanza de forma gradual, poco a poco, al evento siguiente.
 - El primer día que empiece a trabajar con los eventos de la jerarquía, no deberá realizar más de 3 o 4 escenas.
 - No pase a la escena siguiente hasta que logre imaginar el evento con el que se está trabajando, cuando este no evoque ansiedad o tensión física.
 - Deténgase si se siente cansado o aburrido.
 - Ubíquese en un lugar cómodo y en el que no sea interrumpido.
 - Una vez que usted se ha relajado 2 o 3 veces con todos los eventos de su jerarquía, tendrá más confianza en sí mismo a la hora de enfrentarse a estas mismas situaciones en la vida real (pp. 109).

4. Restructuración cognitiva:

Aunque en el punto anterior se menciona e incluye, ésta reestructuración está dirigida al afrontamiento de la Culpa directamente, y ya no se enfoca solamente en el manejo del estrés.

Con esto se pretende conseguir que el cambio perdure más allá de la solución de la situación de crisis y se refleje en el estilo de vida de la persona, en su sistema de valores y en sus acciones cotidianas.

Técnica de preguntas para evaluar pensamientos de Buela- Casal (1991)

La técnica de preguntas permite valorar la manera de pensar del cliente (en este caso la persona involucrada en el desastre) haciendo un análisis de las creencias racionales e irracionales de la persona, con el propósito de modificar los segundos en busca de pensamientos más saludables y sustentados en la realidad. Es válido aclarar que las creencias irracionales son las que sostienen la culpa y bloquean los procesos de realidad.

Preguntas para evaluar la validez de los pensamientos.

- ◆ ¿Qué evidencia existe a favor de este pensamiento? ¿Qué datos posee? ¿Qué pruebas tiene?
- ◆ ¿Qué evidencia existe en contra de este pensamiento? ¿Qué datos?
- ◆ ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra esto que usted piensa?
- ◆ ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ◆ ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- ◆ ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué evidencia hay a favor y en contra de ellas?
- ◆ Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿Qué evidencia hay a favor y en contra de ellas?

Preguntas para evaluar la utilidad de los pensamientos.

- ◆ ¿Le ayuda este pensamientos a conseguir sus objetivos?
- ◆ ¿Le ayuda este pensamientos a solucionar su problema?
- ◆ ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?

- ◆ ¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?
- ◆ Pensar en esto ¿le es de provecho o le sirve de estorbo?
- ◆ Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para ayudarle afrontar la situación?
- ◆ Si las cosas son realmente así, ¿qué puede hacer para cambiarlas, cómo puede hacer frente a la situación?

Preguntas para identificar pensamientos adicionales

- ◆ Incluso si esto es verdad, ¿hasta que punto es malo? ¿Es una catástrofe? ¿Es tan malo como parece?
- ◆ ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente así?
- ◆ ¿Qué sucedería si ocurriera lo peor que cree que puede pasar en esta situación?
- ◆ Dado que esto sea así, ¿por qué ha de alterarse tanto? ¿No estará pensando algo más?

B. Biblioterapia

Tiene por objetivo familiarizar al paciente con su síndrome de manera que pueda entender cuáles son los procesos por los que está atravesando y a su vez intervenir en las distorsiones cognitivas que lo sostienen. Un resumen del marco teórico podría proporcionar mucha información útil.

Esta técnica consiste en brindar a la o las personas información escrita sobre lo que le ocurre de modo que esta (s) persona (s) entiente (n) que por lo que está (n) pasando no es un hecho aislado que le(s) ocurre solo a ella(s), sino que es un fenómeno ya estudiado. Además ello le ayuda a la persona a comprender las

variables que intervienen en su manera de comportarse y de así podrán empezar a controlarla.

C. Trabajo interdisciplinario: psicólogo/ médico (psiquiatra o internista)

En los casos que se presente una ansiedad severa, de más de seis meses (con o sin ideas suicidas) es necesario la valoración médica. Igual necesidad existe en aquellos pacientes que presenten una condición fisiológica deteriorada (migraña, gastritis, colitis, trastornos de sueño), en los cuales la inoculación del estrés no ha llevado a avances significativos y/o se presume afecta reestructuración cognitiva por encontrarse el paciente con dolor lo que no permite que se pueda trabajar de igual manera.

VI. COMENTARIO FINAL

Este manual es una propuesta basada únicamente en la revisión bibliográfica y no ha sido sometido aún a una validación práctica de trabajo. Además para efectos de la realización del mismo se hizo una selección de técnicas conductuales, pero es necesario aclarar que dentro del modelo existen algunas otras que al igual que éstas su eficacia ha sido probada, por tanto queda sujeto a la decisión del profesional que realiza la intervención, la utilización de éstas u otras.

Otro aspecto por recalcar es que el manual está dirigido básicamente a intervención individual, pues en situaciones de desastre los registros encontrados iban más en este sentido. Sin embargo se han llevado a cabo otras experiencias grupales con la utilización de estas técnicas, aunque no se encontraron antecedentes en el área de los desastres. Técnicas como las de relajación y la reestructuración cognitiva pueden aplicarse también, con pequeñas variaciones en contextos grupales.

VII. REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1999). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)**. Barcelona, España: Mason S.A.
- Buela- Casal, G. (1991). **Psicología Clínica Aplicada**. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cautela, J., Groden, J. (1989). **Técnicas de Relajación**. España: Martínez Roca Editores.
- Davis, M., et. Al. (1988). **Técnicas Cognitivas para el Manejo del Estrés**. México: Editorial Roca.
- Dr Fobia (2001). **Trastornos por estrés post-traumático**. en:http://www.drfofia.com/trast_est_post_tra1.html
- Korovsky, Edgardo. (2001). **Enfermedad somática y violencia**. En <http://www.uyweb.com.uy/relaciones/n145/1945.htm>
http://www.drfofia.com/trast_est_post_tra1.html
- Levi, P. (2000). **Los hundidos y los salvados**. España: Personalia de Muchnik Editores, S.A.
- Solano B., M. (1996). **Curso Sistemas de Psicoterapia II**. Universidad de Costa Rica. Segundo Semestre.
- Taboada, M. L. (2001). **Eventos traumáticos y reacciones de estrés: identificación y manejo en una situación de desastre natural**. En: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_7.htm
- Wasserstein, S. (2001). **Matanza del diez de julio de 1941**. San José:

IX. ANEXOS