



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

González de Rivera y Revuelta, José Luis

Psicoterapia de la crisis

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXI, núm. 79, septiembre, 2001, pp. 35-
53

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019672004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

concepto hipocrático de crisis, que su intervención se corresponde tan bien con el eco hasta entonces. Este punto de hecho de manera diferente a como lo había de las cuales, si el proceso continúa, lo interrupciones en su continuación, a partir numerosos procesos naturales mestiza de la observación diccionaria de

“momenio decisivo en un asunto de mejoría o para empeoramiento”, y añade, que sobreviene en una enfermedad, para

definir la crisis como “mutación grave recoge esta rancia ralgambre médica al curso, para bien o para mal. Como más el en el que una enfermedad cambia su Hipócrates para referirse al momento en crisis, decidió. El término fue usado por disimilitud (1), assimilada por la voz griega de la raíz sánscrita *sikha*- cortar, separar, significativo o determinante. Procede Sim embargo, la esencia del concepto crisis con dificultad, riesgo y peligro. Es frecuente asociar la idea de

1. El concepto de crisis

*Shakespear, en julio Cesar
Vida que da encallada en bajes y en miseria
en la subida, lleva a la fortuna, y, si se desciende, toda la travesía de la
“Hay un fijo y refugio en los asuntos de los hombres, que, si se toma*

KEY WORDS: crisis, psychotherapy, stress
of the environment.
SUBJECT, and the socio-cultural conditions
the personality and crisis experience of the
consider the type and phase of the crisis,
turbation. Therapeutic intervention has to
failure carries the risk of total desestruc-
development and integration, whereas
success in this response favors personality
by active response to a change process.
of the psychical continuity experience and
synrome, characterized by sudden break

estres.
PALABRAS CLAVE: crisis, psicoterapia,
socio culturales del entorno.
criticas del sujeto, y de los condicionantes
la crisis, de la personalidad experimental
reduire consideración del tipo y fase de
tructuración. La intervención terapéutica
su fracaso puede llevar a una total deses-
ción de la personalidad, mientras que
respetosa favorece el desarrollo e integración
un proceso de cambio. El éxito en esta
psiquiátrica por la respuesta activa ante
tura brusca de la vivencia de continuidad
agudo de estos, caracterizado por la ruptura

RESUMEN: La crisis es un síndrome

Psicoterapia de la crisis

José Luis González de Rivera y Revuelta*

descripción puede servirnos como definición. Así, entenderemos como *crisis una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo*. La crisis implica la inevitabilidad de una transformación. En sí misma, es una organización inestable y transitoria; de ahí el matiz perentorio, incluso angustioso, de su concepto. La incertidumbre y diversidad de posibilidades añade, por otra parte, la sensación de responsabilidad y de riesgo: En efecto, la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización. Como dice Shakespeare por boca de Bruto, el grado de acierto de la acción en momentos de crisis marca la diferencia entre la miseria y la fortuna.

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable, y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. Es evidente que los seres humanos tienden a buscar una lógica interna en sus vidas, de tal manera que puedan entender su desarrollo y prever su curso. El sentido de la vida viene dado por esta lógica interna. La situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia, fuerza un replanteamiento vital, obligando, a veces, a la construcción de un nuevo sentido. En la situación óptima, la aposición progresiva de vivencias personales, críticas o no, asegura la continuidad psíquica, la unificación de la conciencia y la constitución de una identidad autodefinitoria. Desde esta perspectiva, podemos entender la crisis como: *una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida*. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis.

Cuando el proceso de resolución de crisis fracasa, la conciencia se fragmenta, las contradicciones internas se acumulan y el sentido personal de identidad se vuelve frágil y provisional. Como primer intento de compensación, las circunstancias y condiciones que amenazan la vivencia de continuidad son rechazadas, negando todo cambio y dificultad. Si esta defensa fracasa, la clara experiencia de la vida sin sentido conduce a la desesperación, y, para evitarlo, puede producirse como segunda línea de defensa la provocación o búsqueda de situaciones de cambio, con consecuencias a veces desastrosas.

Caplan (3), creador de la psiquiatría comunitaria, propone definir la crisis como "un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas". El papel patogénico de las crisis viene de esta vivencia de incapacidad, de la sensación de ser superado por la situación, que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa. De ahí que la intervención en la crisis se considere como una herramienta preventiva elemental en psiquiatría comunitaria (4).

Aunque los conceptos de estres y trauma suelen estar asociados, corresponden en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estres se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre no consiste en una mera sobreexposición temporal de las capacidades de adaptación, sino en de integración, una disociación individual en la vida psíquica. Lo que se llama estres traumático resiste la tensión y lucha, que persiste mientras los factores extremos lo exigen, o mientras dura la resistencia a fenómenos distintos. El estres implica siempre una dimensión de resistencia, realidad a fenómenos distintos. El estres implica siempre una dimensión de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores extremos lo exigen, o mientras dura la resistencia a fenómenos distintos.

La morbilidad relacional con el estres depende de la intensidad y duración de los factores extremos, de la actividad individual y vulnerabilidad individual de los factores condicionantes ("moduladores") que inhiben o fortalecen los mecanismos de adaptación. Basico al concepto de estres es el principio de homostasis, o equilibrio interno del organismo, que se mantiene constante frente a todas las variaciones del entorno. Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, este perjudicado la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estres, con hipersensibilidad de catáclismas y cortisol (Ley General de la Homoeostasis) (7).

Factores internos que exigen un esfuerzo inabordable del organismo para adaptarse a ellos, b) del entorno que exigen un esfuerzo inabordable del organismo para adaptarse a ellos, b) factores externos de estres, que depende la respuesta automática del organismo ante esas exigencias extremas, y c) Factores moduladores, variables del individuo, como el estadio afectivo, o del medio, como el apoyo social, que no están directamente relacionadas con la respuesta de estres, pero que modifican la interacción entre factores como el estadio afectivo, o del medio, como el apoyo social, que no están directamente relacionadas con la respuesta de estres, pero que modifican la interacción entre factores que se mantienen constante frente a todas las variaciones del entorno.

II. *Estres, Trauma y Cambio.*

Naturalmente, las consideraciones negativas sobre la patogenia fisiológico, desde que Cannon y Selye definen, cada uno a su manera, el estres fisiológico, el concepto ha sido extrapolado a las ciencias humanas, donde se le han atribuido significados diversos, como los de sobrecarga, exigencia exagerada, respuesta normal a situaciones anormales, incluso, contraparida fisiológica de la ansiedad. Desde el punto de vista psicosocial, podemos distinguir tres aspectos o grupos de factores que intervienen en esa peculiar interacción entre un individuo y su medio que denominamos estres: a) Factores extremos de estres, que comprenden las circunstancias y acontecimientos del entorno que exigen un esfuerzo inabordable del organismo para adaptarse a ellos, b)

de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, dando lugar a disruptiones permanentes en la organización del mundo interno (8).

El cambio es parte fundamental de la existencia, verdad que constituye un elemento esencial de la antigua filosofía china. "El hombre sabio está siempre atento a la impermanencia de todas las cosas", dice Confucio en sus comentarios al I Ching, adelantándose 25 siglos a las modernas técnicas de inoculación de estrés. La investigación psicofisiológica muestra que la introducción de cambios o nuevas variables en una actividad altera los parámetros neurovegetativos y neuroendocrinos, incluso cuando esos cambios facilitan la actividad (7). Desde la más remota antigüedad es conocida la influencia de grandes estreses y traumas, pero el efecto de pequeños cambios y acontecimientos normales no ha sido comprendido hasta los trabajos pioneros de Holmes y Rahe (9). Según estos autores, cada acontecimiento nuevo, por banal que sea, exige un reajuste de las funciones habituales de la vida cotidiana. Un acumulo de muchos pequeños acontecimientos, en corto tiempo, puede llegar a ser equivalente a una gran tragedia. Cada cambio en nuestras vidas puede ser medido en "unidades de cambio vital", y la suma de estas unidades refleja el estado de nuestros factores externos de estrés por el periodo de tiempo considerado.

En el contexto de los síndromes de estrés, puede bien decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis.

La evolución de una crisis.

El desarrollo de una crisis sigue un proceso fásico, que se completa, habitualmente, en un tiempo inferior a ocho semanas. Siguiendo a Caplan (10) podemos diferenciar las siguientes fases :

Primera fase: Shock o Impacto agudo. Algo ocurre, generalmente de manera súbita, o, por lo menos, eso le parece al sujeto, que se siente afectado profundamente, sin poder evitarlo ni superarlo de la manera habitual en que hace frente a otros problemas. Junto al estrés propio de la situación, se añaden pronto sentimientos de confusión e impotencia, desamparo y desvalimiento. Inicialmente, cada individuo reacciona según sus pautas características de reactividad al estrés, entre las que predominan la ansiedad, la irritabilidad y las manifestaciones psicosomáticas, aunque algunos raros individuos experimentan entusiasmo y aumento de energía (11).

Cuarta fase: Retirada final. Si la crisis no se resuelve, bien o mal, en las fases anteriores, del suicidio, o parcial, que puede ser intima, como a través de una desorganización general de adaptación de Selye. La retirada puede ser total, como a través de la reacción general en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de se llega a la fase final, que parece en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de se llega a la fase final, que parece en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de

Tercera fase: Resolución. Entre las multiples actividades que el sujeto despliega ante el impacto immedio de la situación, algunas pude tener éxito, y la crisis se resuelve casi sin llegar a plantearse. Pero en el desarrollo típico de una crisis, los primeros intentos de contратaguear selen fallar, y el individuo continúa sintiendo una creciente presión interna por hallar una solución. La urgencia de la situación pude estimular su creatividad, llevándole a descubrir nuevas estrategias de transformación; o bien, pude encotrar nuevas fuentes de ayuda, formar nuevas relaciones o trazar con profesionales o consejeros variados. Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales y de un crecimiento interno apesuado, o, por el contrario, a través de la consolidación de mecanismos maladaptativos de evitación y retención. Lo cierto es que, en un plazo de tiempo limitado, el sujeto llega a una formulación más o menos consciente de la situación y de si mismo con respecto a ella.

psicótica o una estructuración delirante, o externa, como en un cambio radical de entorno, relaciones, actividad y hasta de nombre. En cualquiera de estos casos, la crisis se termina, sea por la muerte, sea por la negación de si mismo que supone la psicosis, sea por la renuncia a todo lo vivido hasta el momento de la crisis y el inicio de una nueva vida. France (12) llama la atención sobre la diferente calidad de las tentativas de suicidio que tienen lugar en la fase dos, que representan llamadas de ayuda o intentos de solución, y las que tienen lugar en la fase cuatro, que buscan directamente la muerte como manera definitiva de resolver la crisis. En todo caso, es preciso tener en cuenta que las tentativas de suicidio son frecuentes en las situaciones de crisis, sobre todo en adolescentes (13).

IV. Clasificación clínica de las crisis.

Clínicamente, podemos conceptualizar la crisis como una situación transitoria de estrés, cuya resolución requiere una decisión estructurante, y en la que el sujeto tiene clara conciencia de la disparidad entre el rendimiento habitual de sus recursos y las exigencias de la tarea crítica (14). Las manifestaciones de este estado dependen de la personalidad del sujeto, de sus experiencias anteriores, incluyendo su historia crítica y traumática, de su entorno socio-cultural, de la fase en que llegue a nuestra atención, y del tipo de situación que precipite la crisis.

1. Personalidad del sujeto.

Como es de suponer, los rasgos de personalidad colorean la forma de afrontar la crisis, estableciendo, en primer lugar, un filtro sobre qué acontecimientos serán considerados como críticos (es decir, bloqueantes de las metas importantes del sujeto) y cuáles no. Así, la aparición de arrugas en la piel puede precipitar una crisis en una mujer con rasgos histriónicos, y pasar desapercibida a otra persona que no considere la belleza física un elemento importante de su identidad. En segundo lugar, una vez inmerso en la situación de crisis, los rasgos de personalidad condicionan la preferencia por determinadas estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas, tema que ha sido admirablemente tratado por MacKinnon (15), y que no será repetido aquí.

Los dos parámetros de personalidad que más nos interesan, tanto por su influencia patoplástica como por su condicionamiento de las intervenciones terapéuticas, son la madurez y la flexibilidad. Entendemos por madurez el nivel de estabilidad del autoconcepto e identidad psicosocial. La flexibilidad es el grado o facilidad con que pueden formarse nuevas estrategias y decisiones, renunciando a otras que ya no cumplen el propósito por el que fueron creadas.

Naturalmente, a mayor madurez de la personalidad, mejor capacidad resolutoria, menor duración de la crisis y mejor salida de la misma. Es posible que la mayoría de los pacientes que llegan a nuestra atención en la fase II o en la IV de una crisis presenten diversos grados de inmadurez, lo que es tanto como decir de vulnerabilidad a la crisis.

A pesar de que, en teoría, una crisis se resuelve en un plazo determinado, generalmente estimado entre dos y ocho semanas, hay muchos casos en los que, si las circunstancias exteriores lo permiten, la crisis queda fuera de la consiguiente de las actividades immediatas, encapsulada, pero activa y pendiente de resolución. Cuando una nueva situación evoca una crisis pendiente, la reacción conjunta puede parecer

2. Experiencias previas.

El repudio argumento sobre el valor curativo de las críticas reales, si todo salte bien, no solo es la mejor estrategia para avanzar en su desarrollo personal, mejorando rasgos de vulnerabilidad o tendencias francamente patológicas. Por eso, desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la personalidad se considera en un equilibrio dinámico, estructurado en base a decisiones y paulas de adaptación formadas en experiencia previas, pero predisposto a la reorganización, ampliación y transformación, segun sea necesario para responder a nuevas crisis. La flexibilidad de la personalidad viene dada por el grado en que el sujeto es abierto a nuevas experiencias y por su disposición a cambiarlo interno. Aunque existe una cierta tensión entre madurez y flexibilidad, no son principios contradictorios, sino complementarios: Puede decirse que el desarrollo madura.

Por eso, las mejores medidas preventivas ante las crisis son aquellas que conducen al fortalecimiento y desarrollo de la personalidad, es decir, una buena educación. Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico práctico inmediato, la intervención en la crisis no puede aspirar a influir de manera estructurante en la personalidad, debiendo conformarse con apoyar la frágil identidad comprometida, identificarse pronto el área en que debe concentrarse el trabajo psicoterapéutico, y confiar en que las capacidades creativas del paciente se activarán ante la necesidad del momento.

catastróficamente exagerada. El terapeuta bien informado debe ser consciente de que está asistiendo a la resolución, no sólo de la crisis actual, sino, sobre todo, de la crisis fantasma o “asignatura pendiente”. De hecho, acontecimientos aparentemente banales pueden desencadenar una crisis porque sirven de gatillo disparador de un problema largamente larvado, que ya no puede mantenerse por más tiempo fuera de la consideración consciente inmediata.

3. Condicionantes socioculturales

La educación, la cultura, y consideraciones similares, influyen, en primer lugar, en que una situación se considere como crítica, o no. La pérdida del trabajo del cabeza de familia, por ejemplo, es una grave crisis en la mayoría de los casos, pero algunas comunidades rurales, con fuertes y amplios lazos familiares, y acceso a otros medios de subsistencia pueden afrontar la exigencia mejor que, por ejemplo, una familia obrera urbana. El apoyo social, en todos sus aspectos, es un importante modificador de la crisis, amortiguando el estrés e incrementando los recursos de afrontamiento, tanto por aporte directo como indirectamente por fortalecimiento auxiliar de la personalidad del sujeto.

Las pautas culturales de afrontamiento y resolución de crisis, compartidas por la comunidad y avaladas por una larga tradición, son sumamente útiles, y representan un sistema organizado de intervención y prevención en muchas crisis previsibles y normativas. No es lo mismo perder a un ser querido en un lugar que conserva sinceramente los rituales de duelo y atención a los moribundos, que en una moderna factoría de salud. Las pautas culturales establecidas guían a la persona que se enfrenta a la crisis en cuanto a su correcta conducta y actitud, favorecen la adecuada expresión emocional, aseguran el apoyo de familiares, amigos y extraños, garantizan la transmisión de los bienes y responsabilidades del muerto sin culpa, y, sobre todo, reconocen que se trata de una crisis personal importante, a la que hay que dedicar tiempo y sufrimiento. La moderna (o postmoderna) tecnología de la muerte y el duelo no permite ninguna de estas cosas, y es responsable de la masiva negación de aspectos esenciales de la vida, con graves consecuencias en cuanto a la salud mental de la población.

El afrontamiento y resolución de crisis también se puede aprender y compartir. La familia, como organización protectora responsable inmediata de la educación del individuo, juega en ello un papel principal. Como en tantas otras cosas, es más el ejemplo viviente que la normativa verbal lo que cuenta: Las crisis ajenas cuya resolución el niño tiene oportunidad de presenciar, son mucho más estructurantes que todos los consejos preventivos que pueda recibir.

Una familia funcionante tiene capacidad para repartir entre sus miembros el peso de una crisis, tanto si es global como si afecta principalmente a uno de ellos. Entre las posibilidades más frecuentes se incluyen: a) la distribución de papeles ante la crisis

Las crisis generalizadas son las que afectan a todo un grupo, comunidad u organización, y sus causas tienden a ser relativamente objetivas y extremas. Son estas emergencias del héroe, entendido como el individuo que toma sobre si la carga de las circunstancias que ponen a prueba la calidad del liderazgo establecido, y permiten la transformación de la situación.

conscientemente autogenerados.

Algunas teorías generales se aplican a todos los tipos de crisis, es importante para una intervención apropiada tener en cuenta las circunstancias concretas en que pudieran surgir, tanto en cuanto a su contenido como en cuanto a sus aspectos formales. Con respecito a estos últimos, es útil distinguir entre: a) Crisis generalizadas, que afectan a todos un grupo o familia, y personales, que afectan sólo a un individuo concreto; b) Crisis imprevisibles, como catástrofes, accidentes de tráfico, etc., en las que no es posible una preparación previa, y anticipadas o previsibles, como la muerte de un familiar mayor, un divorcio largo y矛盾ado, etc.; c) Crisis normativas, un tipo especial de crisis previsible, relacionado con la emergencia de funciones y necesidades nuevas en edades críticas; y d) transiciones o cambios vitales importantes no incluidas en las crisis anteriores, cuya característica principal es que son, en gran medida, los apartados anteriores, que aparecen en las crisis normativas.

4. *Tipos de crisis.*

Una familia distinguida pude reaccionar de acuerdo con el estereotipo de la familia nuclear, por ejemplo a) descargando el conflicto de sus problemas individuales en un chivo expiatorio, que se convierte así en el depositario de las insuficiencias familiares; b) ventillando las tensiones derivadas de la crisis en agresiones intermas y reproches culapabilizantes; c) exigiendo despiadadamente al miembro en crisis el cumplimiento de sus responsabilidades, familiares o otras, o, por el contrario, d) eximiéndole de manera extrema y permanentemente de las mismas, lo cual acaba siendo una forma de descalificación más que de ayuda.

a) afrontar, b) la potenciación colectiva de sus recursos individuales, c) el descenso del rol familiar de la persona más afectada en otro miembro, d) el apoyo emocional desculpabilizante y creativo.

los problemas de la comunidad, y los resuelve. Por el contrario, las crisis personales o privadas afectan a una persona concreta, de manera relativamente independiente al acontecer sociocultural general. Aunque posiblemente interesantes para ella, los problemas a resolver no afectan de manera central a la comunidad a la que pertenece el individuo, por lo su respuesta es variable, pudiendo llegar a no responder en absoluto. El origen de las crisis personales, más que con las circunstancias, está relacionado con una particular combinación de carácter, oportunidad y destino. En efecto, algunas personas atraviesan repetidamente crisis personales que para otros son totalmente desconocidas, como si estuvieran ensayando soluciones en la vida real para aplicarlas a problemas que llevan en su interior.

Aunque conceptualmente hemos incluido aquí las crisis accidentales e imprevisibles, su estudio concreto detallado pertenece al campo del estrés traumático (8). Las crisis previsibles están relacionadas con propiedades de la vida humana, las estructuras sociales en que se desarrolla, los usos y costumbres de su tiempo y lugar, y el entorno cultural inmediato o dominante en que se integra.

Las crisis *normativas*, descritas inicialmente por Erik Erikson (17, 18), son universales, en el sentido de que ocurren en todos los seres humanos, y, al mismo tiempo, personales, en el sentido de que, para cada individuo, es una vivencia intransferible, consubstancial a su propio desarrollo psíquico. Cada ser humano nace con un conjunto general de aptitudes, capacidades y tendencias, que conforman una constelación genética cuya actualización está modulada por las influencias de la educación y del medio ambiente. La maduración de la personalidad requiere el dominio secuencial de una tarea psicosocial básica, específica a cada etapa del desarrollo. Cada crisis se plantea como una oposición dinámica entre dos actitudes extremas que han de desarrollarse en el curso de la relación interpersonal clave de esa edad. Un extremo representa la actitud correspondiente con la resolución óptima de la tarea crítica y el otro, su fracaso total. Según van sucediéndose las crisis normativas a lo largo de toda la vida, su dominio progresivo asegura una creciente integración y riqueza de la personalidad. La superación de cada crisis normativa se acompaña de la adquisición de una virtud o cualidad humana básica, que Erikson define como “fuerza interna o cualidad activa”, cuyo ejercicio da evidencia del grado de resolución de la tarea psicosocial correspondiente. Cada dinámica crítica debe entenderse como un continuo entre dos extremos, y no como una dicotomía exacta. Por esta razón, es difícil encontrar personas que hayan triunfado o fracasado totalmente en alguna etapa del desarrollo, siendo lo habitual haber alcanzado un cierto grado de maestría en casi todas ellas.

La razonable superación de cada tarea crítica a la edad apropiada, con la adquisición de la habilidad psíquica correspondiente, sitúa al individuo en condiciones óptimas de afrontamiento para la siguiente fase de su desarrollo psicosocial. Inversamente, cada fallo relativo en una tarea dificulta el éxito en las etapas subsequentes, y va

(1979)

primero la resolución propia de la terapia crítica, y el segundo su fracaso total (Rivera, 1979). Fases de desarrollo psicosocial según Erikson, y su relación con las de desarrollo psicosocial según Freud y la formación de las cualidades humanas básicas. Cada crisis se plantea como una oposición dinámica entre dos puntos extremos, indicando el desarrollo psicosocial de Freud y la formación de las cualidades humanas básicas. Cada crisis se plantea como una oposición dinámica entre dos puntos extremos, indicando el desarrollo psicosocial de Freud y la formación de las cualidades humanas básicas. Cada crisis se plantea como una oposición dinámica entre dos puntos extremos, indicando el desarrollo psicosocial de Freud y la formación de las cualidades humanas básicas. Cada crisis se plantea como una oposición dinámica entre dos puntos extremos, indicando el desarrollo psicosocial de Freud y la formación de las cualidades humanas básicas.

Edad	Crisis	Persona	Fase	Freud	Cualidad moral
0-2	Confianza, desconfianza.	madre	oral	Esperanza	
1-3	Autonomía, ver- gléncia y duda	padré	anal	Volumen	
3-6	Iniciativa, culpa	nucleo familiar	falicia	Decisión	Habilidad
5-13	Industria, infidelidad, imponerse	escuela	latencia	Identidad	Fidelidad
13-20	Identidad, difusión de la identidad, compatriotas	difusión de la identidad, grupo de iguales)	genital	Amor	Intimidad, Islamismo
18-30	Intimidad, difusión de la identidad, grupo de iguales)	conyuge	genital	Generación	Ensimismamiento, hijos y demás
20-30	Creatividad, intimidad, Islamismo	Amor	Temura	Integridad, humanidad	desesperación, sabiduría
45- -	Integridad, humanidad				

En el siguiente cuadro hipotético presentamos las etapas correspondientes a cada edad, junto con su crisis psicosocial característica, la persona relacionada con la terapia Freud, y la calidad moral que se adquiere con el éxito en su resolución. Freud, su correspondencia con la etapa de desarrollo psicosocial según la clasificación de critica, su correspondencia con la etapa de desarrollo psicosocial según la terapia Freud, y la calidad moral que se adquiere con el éxito en su resolución.

marcando al sujeto con sentimientos negativos específicamente asociados con cada una de esas crisis.

ORIGINALES Y REVISIONES

Las transiciones, pasajes o cambios vitales importantes son crisis relativamente predecibles, relacionadas con el propio proceso de crecimiento / envejecimiento, y su ajuste en un entorno social altamente regulado. Desde un planteamiento diferente, Gail Sheehy (20) coincide con Erikson en la periódica necesidad de cambiar el marco de referencia que nos ha guiado durante una etapa de nuestra vida, para ajustarnos mejor a nuevas condiciones que, de manera bastante predecible, surgen y se establecen cada cierto tiempo. Algunos ejemplos son la constitución de una familia, el nacimiento de hijos, la adultez y emancipación de éstos, la jubilación, las enfermedades graves o crónicas, los cambios fisiológicos relacionados con el climaterio ... Desde este punto de vista, es sorprendente que los sistemas educativos no preparen mejor a la población para afrontar crisis que son, no sólo inevitables, sino, sobre todo, parte del propio proceso vital. Muy por el contrario, algunas corrientes socioculturales favorecen su negación, minando así la capacidad natural de adaptación y afrontamiento. Algunos ejemplos son el culto a formas de belleza poco naturales, el hedonismo, la huida del compromiso en favor de la conveniencia, la justificación de la injusticia y la violencia, la perversión de la democracia a través del clientelismo y el miedo...

La aceptación del cambio como parte natural de la existencia facilita enormemente su manejo, y por eso algunos expertos, como Bridges (21), recomiendan abiertamente programas de psicoeducación preventiva. Dentro de esta tendencia, el programa de Gestión Creativa del Cambio (Creative Change Management - CCM), estructurado en cuatro fases, enseña y desarrolla conceptos, habilidades y actitudes que facilitan el control y dirección del tránsito entre dos estados, con el objetivo, no sólo de que el segundo estado sea mejor que el primero, sino, sobre todo, de que la persona que atraviesa el proceso sea al terminarlo mejor de lo que era al comenzarlo (5). El primer paso es la renuncia al estado anterior, proceso equivalente al de duelo, porque no es posible empezar nada nuevo mientras se siga aferrado a lo viejo. El segundo es el reconocimiento de la inseguridad como un estado natural, en el que se puede aprender y en el que es posible, y hasta interesante, vivir. El tercero es el descubrimiento y estructuración de la nueva realidad. El cuarto es la integración de las nuevas estructuras en un proceso de continuidad de la vivencia, que permite aprovechar y dotar de sentido las experiencias pasadas. Este método va más allá de la mera adaptación o superación del estrés, potenciando las posibilidades de desarrollo personal inherentes a la situación crítica.

V. Detección y Diagnóstico de las crisis.

Las manifestaciones externas o aparentes de las crisis son variadas, múltiples y difíciles de describir en términos operativos. Con frecuencia, cumplen criterios de trastorno adaptativo o de trastorno posttraumático de estrés, pero no todos los cuadros con esos diagnósticos son crisis, ni todas las crisis llegan a ser diagnosticadas. Gran parte de lo que denominamos “morbilidad psiquiátrica menor”, fenómeno muy extendido en la

Por otra parte, para que un diagnóstico sea de beneficio al enfermo, es decir, cumpla sus aplicaciones éticas (23), es necesario que ofrezca indicaciones sobre los procesos subyacentes en el sufrimiento o disfunción del enfermo, tarea que Jiménez Diaz llamaba el “diagnóstico patogénetico”. En psiquiatría, esta forma de diagnóstico requiere la consideración continua de los factores psicosociales y psicodinámicos que durante toda la entrevista.

Sobre todo si no se percibe a estos como propicios a escuchar y entender todo lo que el enfermo necesita comunicar.

La conducta de enfermedad no siempre incluye el recurso a profesionales cualificados. O bien puede ocurrir, deformarlo o tamizarlo para ajustarse mejor a normas culturales. Escluela de Saint Louis, la que a principio pudo ser reflejo fiel del maestro subjetivo, El maestro subjetivo no siempre es fácil de describir en los términos operativos de la factores, que a su vez están relacionados con la cultura, costumbres y actitudes del sujeto. Sistema diagnóstico queda gravemente afectada si no tiene sensibilidad a los tres últimos individuo intérpreta su maestro subjetivo y reacciona frente a él. La validez de una asistencial clínica. Finalmente, la conducta de enfermedad es la manera personal en que salud, y representa una decisión del paciente sobre los motivos apropiados para solicitar lo expresa. La que a principio surge en la ocasión de la consulta con un profesional de la patología, agrupada constancia del diagnóstico a través de todo el mundo, estandarizadas aseguran una relatividad constante del diagnóstico a través de todo el mundo, patológico de una determinada agrupación de signos, síntomas y conductas. Los criterios que representan la decisión final del médico con respecto a la relevancia

fundamentales (22):

Para evitar confusiones, antes de proseguir, recordaremos algunos conceptos clínicos, atóricas, operativas y universitantes, no facillitan grandemente esta al menos su alivio, así como la prevención de mayores males (23). Las actuales tendencias en enfermo, esto es, la detección del origen de su sufrimiento debe facilitar su erradicación o de enfermedad el criterio de que la actividad diagnóstica ha de estar encocada al beneficio del repartimiento la conceptualización del diagnóstico en psiquiatría. En otro lugar, he desempeñado este criterio de que la actividad diagnóstica ha de estar encocada al beneficio del de ansiedad o de adicción.

De cierto tiempo, muchas de estas situaciones acaban por cumplir los criterios de algún trastorno psicológico establecido probablemente a situaciones de crisis sin detectar (22). Despues de crisis, corresponte probablemente a situaciones de crisis de ansiedad o de adicción.

VI. La intervención en la crisis.

Caplan y su escuela son los principales constructores de la teoría y la práctica de intervención en la crisis (3), pero el origen del concepto debe reconocérsela a Lindeman (24), que demostró la importancia del tratamiento intensivo breve en reacciones de duelo subsecuentes a crisis inesperadas generalizadas. La intervención en la crisis es un procedimiento específico cuyo objetivo principal es modificar la relación de fuerzas en lucha que forman la crisis, incrementando la probabilidad de inclinar la balanza hacia el lado positivo. Una pequeña corrección de trayectoria en el momento oportuno tiene grandes efectos.

Las cualidades del psicoterapeuta son cruciales para este tipo de trabajo, por la extrema susceptibilidad del paciente a la calidad de la relación y su fácil influenciabilidad externa. No hay técnica que funcione con un terapeuta patoso o malévolos, e, inversamente, un buen terapeuta acierta de manera intuitiva con la acción apropiada, aún en las situaciones más complicadas. Por otra parte, gran parte del aprendizaje en el afrontamiento y resolución de crisis tiene lugar de manera incidental, esto es, por absorción progresiva de las actitudes del terapeuta con ocasión de algunas de sus intervenciones concretas.

1. La formación personal del terapeuta.

La formación en psiquiatría es inherentemente estresante, hasta el punto de que muchos residentes en esta especialidad muestran signos de estrés postraumático (25). Las causas de este sufrimiento psíquico no dependen sólo de las dificultades y exigencias del contacto interpersonal con el enfermo, sino también de factores internos que favorecieron, en primer lugar, la elección de la especialidad. Es frecuente que, a lo largo del periodo de residencia, tenga lugar una crisis, relacionada con la formación de la identidad profesional, y, más profundamente con nuevos intentos de resolución de problemas adolescentes reactivados (26). En la salida óptima de esta crisis se forman los rasgos de madurez que constituyen las cualidades esenciales del psicoterapeuta: Empatía objetiva, Aceptación dinámica del paciente, Tolerancia de la angustia, Libertad de la conciencia, Ausencia de gratificación a expensas del paciente y Motivación creativa (27). Al menos en cierto grado, las cualidades psicoterapéuticas deben estar constitucionalmente presentes, su desarrollo óptimo se facilita con el tratamiento personal, y el dominio de su aplicación clínica es entrenable con la metodología docente adecuada.

2. Establecimiento de la relación terapéutica.

Más que en otros contextos, la relación en si misma es importante. La actitud empática, genuina y sincera del terapeuta es esencial, evitando muestras de compasión o commiseración, y haciendo patente su interés por el paciente y su crisis, especialmente en sus elementos subjetivos. La aceptación del paciente en toda su dimensión, tanto en su sufrimiento como en sus capacidades de autorregulación, tanto en sus tendencias más creativas como en sus afectos más negativos y destructivos, favorece la comunicación y el desbloqueo. Más que con instrucciones directas, la correcta actitud del terapeuta

la experiencia clínica, y educando sobre el significado y la metodología de la des carga acitud del terapeuta debe ser simultáneamente permeable y contenida, desdramatizando estructurada a través de técnicas como el análisis autógeno o similares (28, 29, 30). La figura de manera incidental desde la primera entrevista, o de manera deliberadamente clarificadas acerca de su importancia y utilidad. La ventillación emocional puede tener efecto de maneira incidental desde la primera entrevista, o de manera deliberadamente claramente importantes. Algunos concuerdos por la educación, y el paciente puede necesitar llanto, han sido con frecuencia logrados por la educación, como el trastorno emocional el duelo son especialmente importantes. Algunos concuerdos fisioterapeúticos, como el de la crisis. La percepción y expresión de emociones relativas con la pérdida y el Dar salida a respuestas emocionales contenidas es prioritario en el tratamiento

4. Técnicas de gestión o resolución emocional

efectos de la tensión generada por la crisis.

actitudes desactivas de relajaciones importantes que el mismo puede desarrollar bajo los efectos de la tensión generada por la crisis.

de las reacciones disfuncionales, y, extremo límite, prevenir protegerse sentimientos que sus relaciones principales generan en él, ayudar a entender y protegerse En caso de colaboración negativa, puede ser necesario clarificar con el paciente los tratamientos, en ocasiones con más urgencia y rendimiento que el paciente designado. esa persona clave este también sufre los efectos de la crisis, y que pueda necesitar su actitud e instintos sobre la mejor acción para con el paciente. No es infrecuente que apoyo. Idealmente, debe entretenerse al cónyuge o personas importantes para evaluar ido generalmente reacciones de rechazo, agresividad o distanciamiento en sus personas de en el apartado de condiciones socioculturales, o si la propia situación de crisis ha si el paciente debe enfrentarse después con actitudes disfuncionales como las descritas y mejora de las relaciones interpersonales clave. No sirve de mucho nubes estrofearlo y anexo al establecimiento de una buena relación terapéutica está el mantenimiento 3. AtenCIÓN a preservar relaciones importantes.

impredecible para la resolución de problemas.

creando insensibilidad un fondo de esperanza, a la vez de desarrollar una habilidad va tomando no son forzadamente necesarias, y que siempre existen alternativas, va contenedores concretos. La experiencia de que las decisiones o consideraciones que uno el proceso de corrección de trayectoria es, en sí mismo, más importante que sus encerrarse. No importa mucho acercar a la primera ni guiar hacia un terreno preferido; de abrirla canales mentales hacia alternativas liberdades del circuito vienen en que tiene a posibilidades de solución. No se trata de goñadecir, dar instucciones o convencer, sino la caras, el desequilibrio de los recursos personales y la exploración de nuevas cuando necesita pedirnos correcciones de trayectoria que faciliten la clarificación, Escuchar es esencial, dejando al paciente la guía principal, pero introduciendo favorablemente la recuperación progresiva de sentimientos de competencia y eficacia.

tasmitir de manera incidental una sensación de cooperación y trabajo, desequilibrando y

emocional. Las emociones son tratadas como indicadores de estados internos y como la expresión de decisiones y juicios extraconscientes; se aceptan, por lo tanto, como fuentes de información, al mismo tiempo que se desactivan como sufrimientos indeseables.

5. Recontextualización.

Una crisis significa una ruptura con los puntos de vista habituales, y en ella se barajan elementos que no pueden ser integrados en el mundo interno sin crear notable destrucción del mismo. Recontextualizar es poner las cosas en perspectiva, redefinir las situaciones y decidir actuaciones en términos más acordes con una visión positiva de la realidad. No se trata de engañarse, edulcorar las cosas o minimizar las tragedias, sino de operar desde un punto de vista que permita sacar partido de la experiencia. Así, al dar prioridad a la información disponible para resolver la crisis, se evita concentrarse en la experiencia disfórica como principal contenido de la conciencia. Priorizar tiene efectos paradójicos, por cuanto que concentrarse en el problema y aplicarle técnicas de resolución y recontextualización es más ansiolítico que intentar pensar en otra cosa.

6. Recuperación y entrenamiento de capacidades pro-homeostáticas.

Nuestro organismo está dotado de mecanismos automáticos de autorregulación, encargados de mantener el equilibrio interno frente a los cambios y agresiones del entorno. Con frecuencia, la operación de estos procesos pro-homeostáticos se confunde con la causa del sufrimiento que se quiere evitar, y, en lugar de facilitar sus funciones, se intenta inhibirlas. Así, por ejemplo, cuando en medio de una crisis el sujeto afecto se despierta completamente despejado a las cuatro de la mañana, es posible que no se trate de un insomnio a combatir con hipnóticos, sino de una sabia artimafía cerebral para trabajar intensamente durante unas horas en un escrito vital, en la organización y revisión de documentos, etc, o, simplemente, para meditar sosegadamente sobre la situación y sus posibles soluciones. Inversamente, cuando en períodos de intenso cambio el sujeto se nota necesitado de más horas de sueño de lo habitual, puede que eso sea lo acertado, ya que dormir facilita la reelaboración de información contradictoria y la consolidación de nuevas memorias. Es frecuente observar que las técnicas de meditación inducen estados naturales que no solamente potencian la capacidad de resistir el estrés, sino que además facilitan la reconexión y reelaboración de procesos mentales, con la consiguiente reestructuración del mundo interno (31).

7. Medicación psicotropa.

La intervención en la crisis es fundamentalmente un procedimiento psicoterapéutico. Pero ello no obsta para que, en algunos casos, pueda ser conveniente asociar tratamiento psicofarmacológico, ilustrado por el diagnóstico patogénico, e integrado con la estrategia terapéutica general. Los antidepresivos de nueva generación son útiles por su efecto incrementador de la resistencia al estrés, sobre todo cuando la sintomatología depresiva está ya presente. Cuando en el curso del afrontamiento de la crisis aparecen cuadros depresivos serios, es difícil obtener una buena respuesta a la psicoterapia antes

de que se logre una cierta recuperación farmacológica de la función limbó-hipotalámica. Los ansiosos son menos útiles, y, en todo caso, de rendimiento inferior a un buen entrenamiento en relajación o meditación. Sin embargo, deben ser tenidos en cuenta en las disonanias de estres, utilizandolos como ayuda provisoria, no como solución definitiva. Naturalmente, cuando el paciente presenta síntomas que desbordan la respuesta de estos reacciones con la crisis, como en las psicosis reactivas, el tratamiento farmacológico debe ser energético y apropiado. Es preciso, además, tener en cuenta que procesos psicóticos silencios y predisposiciones depresivas pueden ser reactivados en situaciones de crisis, estando indicado en este caso el tratamiento preventivo con estabilizadores del humor,

como litio, carbamazepina o clonazepam.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts, EA y Pastor, B: *Diccionario etimológico indoeuropeo de la lengua española*. Alianza, Madrid, 1996
2. Corominas, J: *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos, Madrid, 1961
3. Caplan, G: *An approach to community mental health*, Grune&Stratton, New York, 1961
4. Caplan, G: *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York, 1964
5. Optimización de Recursos Personales. <http://www.psicoter.es/ORP>
6. Gonzalez de Rivera, JL: "Factores de estrés y enfermedad. *Actas Luso-Esp. Psiquiatr Neurol.* 19: 290-297 (1991)
7. González de Rivera, JL: "Estrés, homeostasis y enfermedad". En: JLG de Rivera, A. Vela y J. Arana: *Manual de Psiquiatria*, Karplos, Madrid, 1980
8. Gonzalez de Rivera, JL : "El síndrome post-traumático de estrés (SEPT)". *Psiquis*, 11:290-298 (1990)
9. Holmes , TH y Rahe, RK: "The social readjustment rating scale". *J. Psychosom. Res.*, 1967, 11:213-218
10. Caplan, G: *Support systems and community mental health*. Behavioural Publications, New York, 1974
11. Gonzalez de Rivera JL, De las Cuevas C, Monterrey AL, RodriguezPulido F, Gracia R: "Stress Reactivity in the General Population". *Eur. J. Psychiatr.*, 1993, 7:5-11
12. France, K: *Crisis intervention. A handbook for immediate person-to- person help*. Charles C. Thomas, Springfield, 1982
13. Runeson, B: "Mental disorder in youth suicide. DSM-III axes I and II". *Acta Psychiatr Scand*, 1989, 79:490-496
14. Gonzalez de Rivera, JL: "Nosología psiquiátrica del estrés". *Psiquis*, 2001, 22 : 1-7
15. MacKinnon, RA y Michels, RM: *The psychiatric interview in clinical practice*. WB Saunders, Philadelphia, 1971
16. Gonzalez de Rivera, JL: "El acoso psicológico institucional". *Diario Médico*, 18 de Julio 2000 : 14
17. Erikson, EH: "Identity and the life cycle". *Psychological Issues*, 1959, 1 (1):1-171
18. Erikson, EH: *Insight and responsibility*. WW Norton, New York, 1964
19. Gonzalez de Rivera, JL: "El estrés infantil". En: J. Arana (Ed.) *Niños Difíciles*. Karplos, Madrid, 1979
20. Sheehy, G: *Passages. Predictable crisis of adult life*. Bantam Books, New York, 1977
21. Bridges, W: *Transitions: Making sense of life changes*. Addison-Wesley, Reading, 1980
22. Gonzalez de Rivera, JL, Rodriguez-Pulido, F y A Sierra: *El Método Epidemiológico en Salud Mental*. Masson-Salvat, Barcelona, 1993
23. Gonzalez de Rivera, JL: "La ética del diagnóstico: aspectos clínicos". *Psiquis*, 17:263-278 (1996)
24. Lindemann, E: "Symptomatology and management of acute grief". *Amer. J. Psychiatr.*, 1944, 101:141-148
25. Klamen, DL, Grossman, L, Kopacz, D, y Doblin, B: "Psychiatric residents show signs of post-traumatic stress". *Psychiatric News*, 1993, 28 (15): 7,20
26. Gonzalez de Rivera, J.L. "Identity and Psychiatric Training". *J. Psychiatr Neurosci*, 5: 24-27 (1980)

Avenida de Filipinas, 52 - 28003 Madrid

Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática

Catedrático de Psiquiatría

* José Luis González de Rivera y Revuelta

Fecha de recepción: 28/5/01

y Aplicada, 33: 415-426 (1978)

31. González de Rivera, JL. "Creatividad Estadística Concienzia", Revista de Psicología General International Journal of Psychotherapy, 2001, 6:71-76
30. González de Rivera, JL. "Autogenetic Psychotherapy: The tool Freud was looking for", The body in Psychotherapy, Karger, Basile, 1997, pages, 176-181.
29. González de Rivera, JL. "Autogenetic Psychotherapy and Psychoanalysis". En: J. Guimón (Ed.), 28. González de Rivera, JL. Psicoterapia Autógena. UNED, Madrid, 1999
27. González de Rivera, JL. "Psicoterapias y Psicoterapeutas". Psiquis, 3: 112-115 (1982)

ORIGINALES Y REVISIÓNES

Psicoterapia de la crisis

1315 (53)