Benveniste, D. (2000) **Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres**. Trópicos: La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas. Año VIII, Vol. I, Traducción de Adriana Prengler.

Intervención En Crisis Después De Grandes Desastres

por Daniel Benveniste, Ph.D.

En este artículo el autor presenta una breve descripción del desorden post-traumático agudo y describe algunas estrategias de intervención temprana para el trabajo con adultos y niños traumatizados después de un desastre mayor. Este trabajo fue escrito en respuesta a las inundaciones que devastaron gran parte de Venezuela en diciembre de 1999, matando decenas de miles de personas y dejando cientos de miles de personas sin hogar y psicológicamente traumatizados. Aunque fue escrito para profesionales de la salud mental que trabajan con los sobrevivientes del desastre recientemente ocurrido en Venezuela, los principios básicos y las estrategias aquí descritas pueden aplicarse al trabajo con sobrevivientes de una amplia gama de desastres mayores.

Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual. No podemos predecir crisis psicológicas de manera confiable basándonos en los eventos que las preceden, ya que Un evento que precipita una crisis en una persona no necesariamente lo hará en otra. No obstante, algunos eventos precipitan normalmente reacciones de crisis psicológicas. Éstos eventos incluyen ataques físicos, tortura, violaciones, accidentes, intensas pérdidas personales y las catástrofes naturales como terremotos, incendios y diluvio. Tales eventos inducirán a menudo a un desorden psiquiátrico que nosotros llamamos DESORDEN DE ESTRÉS AGUDO (ACUTE STRESS DISORDER) Este desorden está caracterizado por sentimientos de intenso miedo, impotencia y horror. Puede haber también ausencia total de emociones, de sensibilidad emocional, sentimiento de desconexión, reducción del reconocimiento de ambientes, sentido de irrealidad o amnesia. Las personas que sufren un desorden de estrés agudo pueden sentirse ansiosas, excitables, agitadas, desesperadas, irritables o desesperanzadas. Estas personas pueden re-experimentar el evento repitiéndolo en sueños recurrentes, en escenas repetitivas y recuerdos persistentes del trauma. También pueden evitar a otras personas, lugares y objetos que pudieran evocar recuerdos del evento traumático. Pueden presentar dificultades para concentrarse y funcionar a su manera habitual en el hogar y el trabajo. Es muy común que padezcan de sentimientos de culpa por haber sobrevivido o por sentir que no han proporcionado suficiente ayuda a otros. Algunas personas pueden ponerse agresivas o autodestructivos, descuidándose a si mismos, sintiéndose confusos o comportándose de modo extraño.

Cuando el paciente es tratado rápidamente, los síntomas de estrés agudo en general disminuyen o desaparecen completamente en los siguientes 30 días. En algunos casos, particularmente cuando no hay tratamiento, este desorden puede persistir. Si su duración es de uno a tres meses, lo llamamos DESORDEN DE ESTRÉS POST TRAUMATICO (POST TRAUMATIC STRESS DISORDER). Cuando los síntomas duran más de tres meses, lo llamamos DESORDEN DE STRESS POST TRAUMATICO CRÓNICO (CHRONIC POST TRAUMATIC STRESS DISORDER). (DSM-IV, 1994).

En los casos en que este desorden no es tratado, no es poco común que persistan los síntomas durante muchos años y que se transformen en serios problemas en la vida de una persona y de sus familiares, quienes también estarán afectados por tales síntomas.

TRABAJANDO CON PACIENTES CON DESORDEN POST TRAUMATICO AGUDO:
Los consejeros que trabajan con este problema pueden ayudar a manejar la vida de estos pacientes luego del evento traumático (informando a otros, haciendo llamadas, reprogramando la rutina diaria de la persona) y proporcionando un lugar seguro para hablar sobre el evento, sobre los síntomas o cualquier otra cosa que habite la mente del paciente. En el inicio, a veces es terriblemente doloroso hablar sobre el evento traumático, sin embargo, las personas informan a menudo un sentido de alivio y una reducción de los síntomas después de haber podido hablar sobre ello. Ellos pueden ver la

situación más claramente después de sacar a la luz su experiencia, observar los aspectos del problema y considerarlos todos juntos con un consejero.

Mientras los adultos pueden hablar con un terapeuta, es probable que un niño que sufre una reacción de tensión aguda lo exprese en lenguaje lúdico no-verbal, así como en metáforas verbalmente habladas acerca de las historias que nos cuentan sobre lo que imaginan. Así, con niños, podremos, más probablemente dirigir una sesión de terapia de juego (lo que será discutido mas tarde en este trabajo). En muchas circunstancias, como se mencionó anteriormente, el cambio de conducta súbito de la persona traumatizada afecta a toda la familia. Cuando esto sucede, es útil para la familia en su totalidad solicitar la ayuda de un terapeuta familiar.

Un evento traumático es aquel en el que una persona está agobiada por la intensidad de la situación, la cual sobrepasa su nivel de tolerancia, siendo sus mecanismos defensivos insuficientes para lidiar con dicha situación. Para tratar con este desorden, tratamos de rememorar el evento, analizarlo en pequeñas partes, comprenderlo, dominarlo, digerirlo y hacerlo más inteligible. Hay, sin embargo, algunas circunstancias en que las personas son indiferentes o incapaces de hablar del evento traumático específico. En este caso, la persona es animada a hablar sobre cualquier cosa que esté presente en su mente y aún de esta manera, muchas veces los síntomas disminuyen.

CONSEJEROS QUE TRABAJAN CON VICTIMAS DE DESASTRES NATURALES

En desastres naturales como terremotos, incendios catastróficos y diluvios es importante para los consejeros recordar que todos estamos afectados por la crisis, incluso los mismos consejeros. Por ello, hay varios principios útiles para tener presente:

1) LOS CONSEJEROS NECESITAN CUIDAR DE SÍ MISMOS – FÍSICA Y EMOCIONALMENTE.

Es fácil para los consejeros sentirse agobiados y agotados emocionalmente por este tipo de trabajo. Ellos son considerados víctimas secundarias del desastre, por lo cual necesitan tomarse en cuenta a si mismos seriamente, alimentarse apropiadamente, y descansar cuando es necesario. Obviamente un terapeuta traumatizado y agobiado no puede ser útil a las personas que lo necesitan.

2) LOS CONSEJEROS NECESITAN PENSAR CLARAMENTE.

Es fácil perder la perspectiva y confundirse en una crisis. Los consejeros deben intentar calmarse, hacer una lista de prioridades para manejarse en cada caso, y deben discutir decisiones clínicas con sus colegas.

3) LOS CONSEJEROS NECESITAN ESTABLECER PRIORIDADES.

En situaciones de crisis, a menudo las personas pierden su habilidad para evaluar lo que es importante y lo que no lo es. Con cada caso será útil para el consejero tener una lista como guía para facilitar su trabajo. Esta lista podría incluir información como: Nombre del paciente, edad, dirección (del lugar donde vivía antes de la catástrofe y del posible lugar adonde irá), teléfono (donde sea posible contactarlo), miembros de la familia, enfermedad física o lesión, horario de última comida, etc. Es recomendable anexar a esta lista un espacio para anotar las metas concretas a establecerse con el paciente.

La seguridad del paciente, sus problemas médicos, alimento, sueño y un lugar para dormir deben ser considerados antes de comenzar cualquier tratamiento psicológico. Las personas no pueden superar su miedo hasta que el peligro real haya cesado. Muchas personas pueden presentar ansiedad o depresión debido a sus problemas médicos. Otros pueden presentar agitación debido a la falta de sueño. Si una persona no ha comido durante algún tiempo, puede presentar depresión, agitación o dificultad para pensar. Es peligroso tratar estos tipos de problemas como problemas estrictamente psicológicos.

4) LOS CONSEJEROS NECESITAN TRABAJAR EN COLABORACIÓN Y BUSCAR SUPERVISIÓN ENTRE SÍ

El trabajo de crisis se realiza mejor en un sitio donde sea posible una intensa interacción interdisciplinaria entre colegas. Semejante ambiente da la oportunidad para la supervisión mutua y consulta con médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y otros. Es fácil para los consejeros sentirse agobiados con la intensidad de la crisis y no poder pensar claramente.

5) TRABAJAR CON PACIENTES EN CRISIS NO ES IGUAL QUE VER A LOS PACIENTES EN UNA PRACTICA PRIVADA O EN UNA CLINICA.

En intervención en crisis “el consultorio” puede ser un cuarto grande con muchas otras personas en él haciendo toda clase de cosas diferentes o podría no estar en absoluto en un edificio o casa. La confidencialidad no funciona de igual manera debido a la situación de emergencia y por la necesidad de apoyo que se requiere de otros. Las horas de

consultorio durante una crisis no tienen nada que ver con el reloj. El consejero trabaja con las personas cuando éstas están en necesidad de ser atendidos. Las sesiones duran de acuerdo a las necesidades y a los recursos.

6) LOS CONSEJEROS QUE TRABAJAN EN UNA INTERVENCIÓN DE CRISIS DEBEN SER FLEXIBLES.
Ellos necesitan dejar atrás el modelo de la práctica privada e incluso el modelo clínico. Necesitan ver la situación con claridad y tratar de ser tan creativos e innovadores como les sea posible. Necesitarán improvisar con su espacio, tiempo, materiales y recursos así como colaborar estrechamente con otros. Deberán evaluar su tarea y escoger metas en función de la situación. Necesitarán ser perdonados por otros y por ellos mismos si perdieran su calma. Y, si fuera posible, sería altamente deseable que pudieran mantener su sentido de humor.

INTERVENCION EN CRISIS
El encuadre en la intervención en crisis es diferente del de un encuadre clínico. El consejero puede estar en una escuela o en una iglesia, en un campo o bajo un árbol. Y así como los encuadres son diferentes en una intervención en crisis y en una clínica, también son diferentes los problemas con los que el consejero de crisis debe tratar. Los problemas incluyen los síntomas descritos en la sección anterior sobre el estrés agudo. Durante la crisis, la meta del tratamiento no es el cambio profundo del paciente, o la revisión del origen infantil de los conflictos del paciente.
La meta de intervención en crisis es ayudar a que el paciente LIDIE con su trauma.
La meta es ayudar al paciente a AJUSTARSE a su nueva situación.
La meta es DEVOLVER AL PACIENTE SU NIVEL ANTERIOR DE FUNCIONAMIENTO.
Estas metas se logran invitando al paciente a hablar sobre su experiencia, para que pueda observar el evento desde cierta perspectiva, tomando cierta distancia; ayudarle para que logre ordenar y reconocer sus sentimientos asociados, así como asistirle en la resolución de los problemas inicialmente prácticos e inmediatos.

PRIMER CONTACTO
En el primer contacto será útil conseguir cierta información como el nombre de la persona, condición médica, sistema de apoyo social, etc., pero el paciente en crisis no debe someterse a una evaluación prolongada. El consejero debe intentar que el paciente esté confortable, clarificar la tarea e invitarlo a hablar. Un buen consejero de crisis es un buen oyente pero el consejero de crisis es a menudo más activo que un psicoterapeuta que ve a sus pacientes con regularidad. El consejero de crisis clarifica, tranquiliza, educa, ofrece consejos sobre aspectos prácticos que atiendan a las necesidades de los pacientes; busca consultar acerca de la medicación con médicos y psiquiatras y refiere a los pacientes a donde fuese necesario. El consejero necesita estar muy atento a la condición médica de los pacientes y realizar consultas médicas si la ansiedad, depresión, agitación o insomnio están presentes en niveles que dañan severamente el funcionamiento del paciente o hacen imposible la intervención de la crisis.

METAS A CORTO Y A LARGO PLAZO
En medio de una crisis las personas pierden las perspectivas. Se ven inundadas de pensamientos y sentimientos que les dificultan el establecimiento de prioridades y, como resultado, tienden a preocuparse mucho por las cosas que no pueden resolver y a evitar o ignorar las preocupaciones más inmediatas del momento que sí sería posible para ellos resolver. Por esta razón es a menudo útil ayudar al paciente a que organice sus pensamientos en dos grupos de metas - un grupo de metas a corto plazo y un grupo de metas a largo plazo.
LAS METAS A CORTO PLAZO incluyen tranquilizar al paciente, intentar manejar su intenso miedo, hablar acerca de lo que le ha sucedido, conseguirle resguardo durante la noche, y asegurarse de que tiene algo que comer, etc.,
LAS METAS A LARGO PLAZO incluyen ayudarle al paciente en su búsqueda de trabajo, de una terapia mas larga si es necesario, albergue permanente, etc., El consejero de crisis necesita ser muy ACTIVO y DIRECTIVO ayudando al paciente a definir estos dos tipos de meta y así asistiendo, de una manera muy práctica, a lograr las metas cortas y a planificar las metas a largo plazo.

HACIENDO UN PLAN
Las personas en crisis tienen dificultades para concentrarse, pensar claramente, usar un juicio adecuado y jerarquizar prioridades. Es a menudo útil para el terapeuta tomar apuntes mientras habla con el paciente, lo que le permitirá guardar las huellas de toda la información y, además, tener una lista de aspectos a recordar para ser cubiertos durante la entrevista. Al final de la sesión es a menudo muy útil ESCRIBIR UN PLAN para que el paciente pueda seguir y despedirlo con el plan en su mano. Es preferible preparar el plan con la colaboración del paciente, escribirlo en caligrafía legible, numerar cada uno de los puntos y estructurarlo para que sea fácil leerlo. El plan puede contemplar aspectos tan simples y concretos como los siguientes:
1) Si me siento perturbado, hablaré con un consejero.
2) Llamaré a mi tío para ver si puede ayudarme durante las próximas dos semanas.

3) Hablaré con mi doctor sobre reemplazar mi medicación usual para mi asma.
4) Anotaré mi nombre en la lista para alojarme en determinado albergue.
5) Iré a la agencia para buscar trabajo

CONTANDO LA HISTORIA

Las personas desarrollan los síntomas de un Desorden de Estrés Agudo (Acute Stress Disorder) porque, como ya hemos dicho, han sido expuestos a una situación traumática que sobrepasó su habilidad de manejarse en su modo usual. Por consiguiente, sus síntomas sirven para cubrir o esconder el agobio y las experiencias sin metabolizar. Cuando el paciente cuenta la historia de su experiencia traumática puede llorar, reírse, gritar, susurrar, quedarse callado durante algún tiempo, evocar un recuerdo que traiga a su mente otra pérdida anterior (aunque pudiera no estar aparentemente relacionada), o mostrarse preocupado con algún aspecto de su historia que pudiera parecer insignificante. El terapeuta debe escuchar pacientemente y ayudar al paciente a retornar a su historia.

TEMAS COMUNES EN LAS HISTORIAS DE TRAUMAS

En el proceso de expresar las experiencias del trauma con palabras encontramos varios cuadros que se repiten (esta lista no es exhaustiva):

1) Aquellos que son agobiados por la emoción y tienen dificultad para expresarse.
2) Aquellos que sin ninguna emoción en absoluto cuentan una historia de horror.
3) Aquellos que se sienten culpables por sobrevivir al desastre mientras otros murieron o resultaron heridos.
4) Aquellos que sienten que ellos causaron la calamidad de alguna manera o que debieron haber hecho algo diferente para salvar a alguien.

1) Cuando las personas están agobiadas por sus emociones, los consejeros deben ayudarles a tranquilizarse conduciéndolos a un lugar callado, ofreciendo una taza de agua, permitiéndoles mostrar su emoción por un rato y luego ayudándolos a intentar hablar sobre lo que están experimentando. Sentarse con el paciente en silencio o permitirle su lamento es muy útil durante algún tiempo pero posteriormente será importante ayudarles a intentar hablar sobre lo indecible.

2) Para pacientes que no sienten ninguna emoción, el consejero puede señalar los sentimientos usuales que la mayoría de las personas podría tener en tales circunstancias y podría preguntarse con el paciente qué sentimientos podrían estar fuera de su vista. PERO también es importante recordar que si una persona reacciona de esta manera, aislando por completo la emoción, esto le es útil para protegerse de una emoción agobiante. Por lo tanto, es importante que el consejero respete las defensas del paciente y le dé tiempo para permitir que los sentimientos sobre la experiencia afloren. Consejeros de crisis han reconocido durante muchos años la manera en que algunas víctimas de trauma pueden parecer estar bien en los primeros días que siguen a la crisis pero se desmoronan luego de una semana o dos, cuando ya se encuentran bajo condiciones seguras en otro contexto.

3) También es muy común encontrar quienes se sienten agobiados con sentimientos de culpa por haber sobrevivido a la tragedia mientras otros perecieron. El consejero de crisis debe supervisar el riesgo suicida en estos pacientes y ayudarles en el duelo por sus pérdidas invitándolos a hablar sobre las personas y cosas que han perdido. También es útil a veces preguntarle a la persona si su fallecido ser amado habría deseado que el paciente sufra la culpa por sobrevivir o, si por el contrario, hubiese deseado que él continúe viviendo de una mejor manera. Esto tiende a cambiar el enfoque de la culpa por sobrevivir al luto.

4) para aquellos que sienten que pueden ser, de alguna manera, los causantes del desastre o que hubiesen podido hacer algo para salvar a su familia, es importante ayudarles a reconocer el poder que el desastre natural tiene en si mismo, a diferencia de el ínfimo poder que tiene el ser humano en esos casos. También a reconocer el miedo y la confusión propios de ese momento, y, nuevamente, al duelo por sus perdidas. Después de que la persona ha contado su historia, es a menudo útil volver a relatarla una y otra vez. No es necesario sugerirles que lo hagan, pero es conveniente invitarles a que se sientan libres para contar su historia repetidamente sin sentir que son personas aburridas por el hecho de ser repetitivos. El consejero puede esperar que cada vez que se repite la historia, aparezcan mas detalles que favorezcan alguna elaboración y faciliten la descarga de los afectos.

FINALIZACION

La intervención en crisis es, por su naturaleza, muy corta. Muchas intervenciones tienen lugar únicamente en UNA sesión. Es importante conducir la sesión como un tratamiento de una sola sesión. La intervención de crisis debe concluir con un plan concreto a seguir para el paciente. El plan debe escribirse y dársele al paciente. Si el paciente es un niño, el plan debe entregarse al adulto a su cargo o debe archivarse como parte de su tratamiento para el cuidado continuo del

niño. Asimismo es muy importante no olvidar referir al paciente, de ser necesario, a cualquier otro especialista que pudiera requerir en diversos campos y finalmente, paciente y terapeuta necesitarán despedirse. El terapeuta no debe preocuparse por ser demasiado neutral. No es problemático que en una situación de crisis el consejero exprese tristeza y rabia con relación a la tragedia del paciente, ofrezca consejo y desee suerte a su paciente. Aunque el contacto físico es evitado en psicoterapia, los abrazos no son poco comunes en medio de los eventos catastróficos. Una caricia tranquilizante o un abrazo a veces pueden representar toda la diferencia. Mientras que los consejeros necesitan no temer tocar a un paciente, deben a la vez respetar las necesidades de éste y recordar que el paciente en crisis a menudo se siente como un nervio expuesto y que el afecto físico a veces pudiera confundirlo.

NIÑOS

La mayoría de lo que se dijo anteriormente también se aplica a los niños. Sin embargo, la gran diferencia, es que cuando los niños cuentan su historia, ellos tenderán a hablar más en el lenguaje del juego y con las metáforas de su imaginación. Como tal, será útil encontrarse con niños que han sufrido experiencias traumáticas portando algunos lápices de colores, hojas de papel y juguetes o títeres. Con el papel y los lápices los niños pueden DIBUJAR UN DIBUJO y pueden CONTAR UNA HISTORIA que reflejará sus preocupaciones en metáfora. La invitación es para que ellos dibujen lo que ellos quieran y cuenten una historia sobre ello. Para ayudar al consejero a entender la metáfora es útil invitar al niño a hablar sobre el dibujo. El consejero no debe preguntar "¿Qué es esto?" sino "¿Qué puedes decirme sobre esto?" "¿Qué pasó antes de esta escena que nosotros vemos aquí en este dibujo?" "¿Qué va a pasar luego?"

Es a menudo útil anotar la historia mientras el niño se la dicta al consejero. Después éste puede leerle la historia nuevamente al niño y la historia puede comenzar a elaborarse. De esta manera, el consejero y el niño tienen la oportunidad de entrar en un diálogo sobre "el monstruo" o "la guerra" o "el gran animal" o cualquier otra metáfora que pudiera emplearse para hablar de sus preocupaciones sobre la experiencia traumática. Dibujar un dibujo y contar una historia también son una técnica útil cuando los niños experimentan imágenes recurrentes repentinas sobre el trauma o son despertados por pesadillas.

Cuando los niños pueden dibujar su sueño y contar una historia sobre éste, frecuentemente se les hace mas fácil tomar cierta distancia del evento traumático y manejar mejor los recuerdos del trauma. Cuando se despiertan por la noche aterrados por una terrible pesadilla, no tiene sentido negar la existencia del "monstruo" que ellos simplemente vieron! En cambio, es útil pedirles que muestren lo que ellos acaban de ver, describiéndolo, representándolo, dibujándolo o contando una historia sobre eso. A menudo no es necesaria la interpretación del material. El consejero debe permitir al niño simplemente expresarse y elaborar sus historias mientras permanece interesado en el cuento y empatiza con el afecto expresado en él. LOS JUGUETES Y TITERES proveen la misma oportunidad para expresar las preocupaciones más profundas del niño en las metáforas del juego.

CONEXIONES, DES-CONEXIONES Y RE-CONEXIONES

Todos sabemos acerca de nosotros mismos y acerca del placer de nuestro mundo a través de las conexiones que tenemos con las personas, los lugares y las cosas en nuestra vida. Cuando esas conexiones son cortadas debido a desastres naturales, el niño (o adulto) no sólo se siente asustado por el evento que acaba de sufrir sino, además, por la desconexión de todo lo que una vez fue su mundo. En tales circunstancias es importante intentar reconstruir su mundo echando mano de cualquier cosa que haya sobrevivido–incluso los objetos y recuerdos. Al trabajar con niños, es a menudo útil invitarlos a dibujar un dibujo y a contar su historia mientras el consejero toma dictado. Después el niño puede dibujar su casa antes y después del desastre, dibujar a las personas ó cosas que perdió, realizar dibujos de cómo se sentía antes y de sus sentimientos actuales.

Las historias previamente dictadas por ellos pueden leerse nuevamente, esta vez agregando detalles e historias adicionales y así sucesivamente. Estos dibujos e historias pueden finalmente juntarse y engraparse formando un LIBRO que, para el resto de sus vidas pudiera ser lo único que permanezca de entre todo lo que perdieron, dándole así una cierta continuidad a su vida y un sentimiento de identidad.

Los niños necesitan sentirse en casa donde se encuentren. Si es posible, defina su espacio para dormir, ponga sus posesiones en una bolsa con su nombre, y ofrézcale alguna clase de estabilidad. Asegúreles que hará su mejor esfuerzo para ayudarlos pero no ofrezca promesas que no puede cumplir. No diga mentiras piadosas. Ayúdelos a que se sientan en casa en sus resguardos temporales. Ellos disfrutarán a menudo teniendo algo como un juguete que puedan conservar y usar para mantener alguna estabilidad durante este tiempo de caos. Si fuese posible podría ser confortable construir alguna clase de horario en la rutina del hogar provisional. Podría ser útil invitar a los niños a sentarse juntos y leerles historias. Los niños también podrían encontrar un poco de consuelo en contexto de grupo para hablar sobre sus

experiencias acerca del trauma pero esto debe supervisarse estrechamente debido a que algunos niños podrían sentirse aún mas agobiados realizando tal actividad.

Si es posible, los niños deben tener acceso a papel, lápices, juguetes, títeres, libros infantiles y lugares seguros para jugar. Los consejeros de crisis deben esperar perturbaciones que pudieran surgir repentinamente sin causa aparente. La razón de esto es que cuando los niños comienzan a sentirse seguros, permitirán mas fácilmente que sus recuerdos y sentimientos afloren a la superficie y de repente empezarán a llorar ó a reaccionar con molestias o miedos. Otras veces, una palabra, o una actividad, o una persona servirá como desencadenante y los recuerdos y sentimientos aparecerán intempestivamente. Los niños pueden tener síntomas de insomnio, problemas de alimentación, conducta agresiva, aislamiento, conducta bizarra etc., Es mejor interpretar esto inicialmente como una expresión del trauma pero, de hecho, algunos de estos síntomas podrían pre-existir al trauma y resurgir dentro del contexto del hogar provisorio de la emergencia.

Es también importante recordar que los adultos y niños, afectados por crisis también pueden incluir personas con un variado rango de diagnósticos previos – depresión, compulsiones, psicosis, adicciones, retardo mental, pacientes fronterizos, etc. Y en una crisis, los consejeros verán a todos ellos. Las personas se desmoronan a menudo en una crisis y se verán mucho peor que como se ven normalmente, pero luego de una adecuada intervención, estarán en mejor capacidad de lidiar con la situación, de adaptarse a su nueva realidad, y de volver a su nivel anterior de funcionamiento.

¡Finalmente – y vale la pena repetirlo! – los consejeros de crisis deben planificar su manera de trabajar con la finalidad de evitar sentirse agobiados, ya que si esto sucede necesitarán una intervención en crisis para ellos mismos. Esto no es un chiste. De hecho, la intervención en crisis para asistir a personas que se desenvuelven en profesiones de ayuda en emergencias, está aumentando día a día. No hay porqué sentirse avergonzado si un consejero de crisis necesitara ser atendido él mismo con una intervención en crisis, pero de ser posible, debe evitarse la posibilidad de agobio del consejero, planificando también para sí mismo su tiempo y energía.

DANIEL BENVENISTE, PhD es un psicólogo clínico originario de San Francisco, California. Reside y trabaja en Caracas desde Marzo, 1999. Escribió este artículo a raíz de la inundación ocurrida en Diciembre 1999, que devastó gran parte de Venezuela y creó traumas importantes para tantas personas. Escribió este articulo originariamente en ingles y fue traducido al español por la Lic. Adriana Prengler.
(Tel. 582- 977-4524 o 582-977-4982) e-mail daniben@telcel.net.ve

Lic. ADRIANA PRENGLER, editó y tradujo este artículo del ingles al español. Es psicólogo clínico y psicoanalista. Reside y trabaja en Caracas.
(Tel. 582- 977-4524 o 582-977-4982) e-mail lalipren@telcel.net.ve

Cualquier interesado en utilizar este artículo para entrenar a consejeros de crisis debe sentirse totalmente libre para distribuirlo a quien lo desee si lo considera de utilidad.