

## INTERVENCIÓN EN UNA CRISIS DEL DESARROLLO: EL NACIMIENTO DE UN HIJO

### INTERVENTION IN A DEVELOPMENT CRISIS: A CHILD'S BIRTH

ANA M<sup>a</sup> MAGAZ

VICTOR M. SÁNCHEZ

Servicio de Psicología Aplicada.  
Universidad de Educación a Distancia (UNED)

Recibido 18-10-03

Aceptado 28-11-03

#### Resumen

La experiencia del embarazo y la probabilidad de entrar en la paternidad, es una transición en el desarrollo que puede convertirse en crisis para algunas personas. En este trabajo se presenta la intervención en una varón de 35 años al que se le diagnóstico Hipocondría y Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, y donde el inicio de los síntomas coinciden con el anuncio de su próxima paternidad. La intervención terapéutica se realizó en 18 sesiones y los objetivos generales de la misma fueron: abordar los temores suscitados por la nueva situación; el dominio cognoscitivo de la misma; el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento y el uso apropiado de los recursos externos. Para la consecución de estos objetivos se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales (cognitive-behaviourist). Los resultados evaluados tras la intervención con medidas pretests y postest, pusieron de manifiesto la remisión de los síntomas, así como, el fortalecimiento y optimización de los recursos personales el paciente.

**Palabras clave:** Crisis, embarazo, paternidad, intervención terapéutica.

#### Abstract

Pregnancy and the prospect of parenthood are transitional stages in development which can lead to a crisis in certain individuals. This paper presents the treatment given to a 35-year-old man diagnosed as having Hypochondria and Mixed Adjustment Disorder with anxiety and depression, whose symptoms began when he got to know he was about to become a father. Therapy was given in a course of 18 sessions with the following main objectives: to tackle the feelings triggered by the new situation, to control this situation cognitively, and to develop new strategies to deal with the situation and make a suitable use of his external resources. To achieve these objectives, some cognitive-behaviourist techniques were applied. The results assessed after the treatment, by means of pretests and post-tests, clearly showed that symptoms had subsided and the patient's personal resources had been strengthened and optimised.

**Key Words:** Crisis, pregnancy, parenthood, therapeutic intervention.

## Introducción

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado, principalmente, por la dificultad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado potencialmente positivo o negativo (Slaikeu, 1996).

Esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis tal y como la describieron diversos teóricos. Así, el énfasis de Caplan (1964) es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso sobre la solución de problemas o enfrentamiento durante el estado de crisis; mientras que Taplin (1971), subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o por la incapacidad para manejar situaciones nuevas.

Una de las principales hipótesis de la teoría de la crisis, es comprender la experiencia de crisis como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Viney (1976) resume diversos estudios sobre sucesos aislados específicos de la vida que tienen el potencial para precipitar una crisis: embarazo y nacimiento de un hijo, madres solteras, transición de la casa a la escuela y de la casa a la universidad, compromiso y matrimonio, cirugía y enfermedad, duelo, migración, jubilación, desastres naturales, y cambios sociales y tecnológicos rápidos.

Algunos sucesos son universalmente devastadores, de modo que casi siempre son capaces de precipitar una crisis (crisis circunstanciales), por ejemplo, la muerte inesperada de un familiar o una catástrofe. Sin embargo, otros no facilitan la crisis por sí mismos, pero deben contemplarse en el contexto del desarrollo total del individuo. Con frecuencia, la persona interpreta el hecho como un acontecimiento de importancia menor al final de una larga lista de sucesos estresantes. D'Augelli (1978) se refiere a estos sucesos como indicadores del desarrollo. Por ejemplo, para entender cómo el nacimiento de un niño puede precipitar una crisis en la vida (crisis en el desarrollo), es preciso compren-

der lo que significa para la persona en el contexto de la historia de desarrollo. Nowak (1978), sugiere que el impacto de un suceso particular depende del tiempo, intensidad, duración, secuencia y grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

Por último, señalar que las crisis del desarrollo están relacionadas con el traslado de una etapa de crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización, es probable una crisis. Las crisis del desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y, de hecho, lo hacen posible (Danish y D'Augelli, 1980; Riegel, 1975). El éxito en la resolución de la crisis favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración (González de Rivera, 2001).

## Presentación del caso

El señor G, tiene treinta y cinco años, trabaja como funcionario público, y está casado desde hace 10 años. Su esposa está en el séptimo mes de gestación de su primer hijo que, aunque deseado, sorprende por inesperado dado el tiempo de matrimonio transcurrido.

El paciente acude a consulta remitido por el servicio médico de su empresa, que le prescribe un tratamiento farmacológico (paroxetina, 20 mg. diarios).

Los síntomas, motivo de consulta, se iniciaron seis meses atrás, coincidiendo con el anuncio de su próxima paternidad. Estos síntomas se refieren a molestias, que el señor G describe como dolores «punzantes» en distintas partes del cuerpo (aparato genital, ojos, cabeza, hormigueo en las extremidades inferiores...) y miedo a padecer una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de estos síntomas. Las exploraciones físicas, repetidas, y las pruebas diagnósticas no identifican enfermedad médica alguna que puedan explicar los signos o síntomas que presenta el señor G, ni consiguen aliviar su preocupación.

La preocupación por padecer una enfermedad grave le provoca un gran sufrimiento, y afecta seriamente a su actitud diaria de convi-

vencia, relaciones afectivas y rendimiento personal.

La exploración psicológica refleja un estado de ánimo deprimido, así como sentimientos de insatisfacción y culpa con relación a su vida marital, familiar, social y laboral.

Respecto a su relación de pareja, el señor G se siente poco satisfecho en las siguientes áreas de convivencia: comunicación, relaciones sexuales (disminución del deseo) y relaciones con familiares de primer grado. Se considera culpable del deterioro en la relación de pareja, señalando que hace siete años su mujer intentó solucionar estas dificultades acudiendo a un psicólogo de pareja, al que se negó a asistir.

Con su familia de origen, formada por su padre (67 años), su madre (68 años), y dos hermanos (40 y 38 años), mantiene muy poca relación. Expone tres razones para explicar esta situación: residen en una ciudad muy alejada, negativa de su mujer a relacionarse con ellos, y sus propios sentimientos de rencor hacia sus progenitores, especialmente hacia su padre al que califica como «distante», «poco afectuoso», «autoritario» y «muy agresivo». Expresa, además, su temor a reproducir este modelo de relación con el hijo que está esperando.

En el terreno laboral refiere un trabajo rutinario y en el que apenas se relaciona con sus compañeros, a los que conoce desde hace un año, ya que en esta fecha cambió su lugar de trabajo.

Por último señalar, que el apoyo social del que dispone es muy escaso, ya que su carácter reservado dificulta el establecimiento de relaciones personales y la ampliación de su círculo de amistades.

## Evaluación

A continuación describimos los instrumentos utilizados en la evaluación del problema presentado por el Señor G, así como el momento de aplicación de cada uno de ellos:

### 1. Evaluación pre-tratamiento.

Se realizó en las tres primeras sesiones.

- Entrevista clínica semi-estructurada.
- Cuestionario SCL-90 R (Derogatis, 1983. Adaptación al castellano González de Rivera et al., 2002).
- Inventario de Beck para la Depresión (BDI; Beck et al., 1961).
- Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1999).
- Hojas de Auto-registro confeccionadas ex profeso para la elaboración de un análisis funcional del problema.

### 2. Evaluación durante el tratamiento.

Se realizó en la décima sesión, después del nacimiento de la hija del señor G.

- Inventario de Beck para la Depresión (BDI; Beck et al., 1961).

### 3. Evaluación post-tratamiento.

Los instrumentos de evaluación se cumplieron en la última sesión.

- Cuestionario SCL - 90 R (Derogatis, 1983. Adaptación al castellano González de Rivera y col., 2002).
- Inventario de Beck para la Depresión (BDI; Beck et al., 1961).
- Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1999).

### 4. Seguimiento telefónico al mes de finalizar la intervención.

## Diagnóstico

El señor G cumple los criterios necesarios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría (300.7), pudiéndose diagnosticar también un F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28), ya que el trastorno de hipocondría no explica los síntomas depresivos que han aparecido en respuesta al acontecimiento estresante.

**Cuadro 1.** Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría (300.7) (DSM-IV).

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de los síntomas somáticos.
- B. La preocupación persistente a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.
- G. Con poca conciencia de enfermedad. Durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

## Intervención

La intervención se realizó en 18 sesiones, las 12 primeras con una frecuencia semanal y las 6 siguientes con una periodicidad quincenal, dada la mejoría presentada por el señor G tras el nacimiento de su hija. En estas 18 sesiones están incluidas las tres que se emplearon para realizar la evaluación pre-tratamiento y la sesión de evaluación post-tratamiento.

El primer paso de la intervención fue organizar funcionalmente la información recogida durante las sesiones de evaluación para, en un segundo momento, establecer los objetivos terapéuticos y las técnicas a utilizar para alcanzar cada uno de ellos.

**Cuadro 2.** Criterios para el diagnóstico de F43.20 Trastorno Adaptativo Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28) (DSM-IV).

- A. La aparición de los síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tienen lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exarcebación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante los síntomas (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

## Organización funcional de la información.

La organización funcional de la información se realizó en base a los siguientes factores (Costa y López, 2003):

- *Factores que precipitan.* Son condiciones antecedentes proximales del ambiente que, como su nombre indica, precipitan o provocan la aparición o aceleración de los comportamientos problema. En este caso sería:
  - El señor G recibe la noticia de su próxima paternidad.
- *Factores que facilitan.* Son condiciones antecedentes estructurales que hacen fácil y posible el que ocurran los comportamientos problema. Más concretamente serían:
  - Insatisfacción marital en las siguientes áreas de convivencia: comunicación, relaciones sexuales (disminución del deseo) y relaciones con familiares de primer grado.
  - Falta de sistemas de apoyo social y familiar.

— *Factores que predisponen.* Son aspectos o condiciones personales de la historia de aprendizaje o del estado biológico que hacen a una persona concreta más vulnerable para desarrollar determinados comportamientos y problemas. Las dimensiones de la «biografía» del señor G que predisponen la aparición de los comportamientos problema son:

- Historia de aprendizaje respecto a la figura paterna caracterizada por parámetros tales como «ley», «autoridad» y «distancia».
- Miedo a reproducir este modelo de *padre faltante* (Corneau, 1989). Un padre que puede estar físicamente presente, pero su modalidad de contacto no incluye el intercambio corporal y afectivo.
- Cogniciones alteradas o inadecuadas respecto a sí mismo, a su idoneidad para «ser padre».
- Escasez de recursos o habilidades de afrontamiento.
- Ausencia de *ayudas paliativas*, es decir, recursos indirectos que permitan descargar la activación emocional acumulada (hobbys, ejercicio físico...) (Carrobbles, 1996).
- Molestias corporales y preocupación por padecer una enfermedad grave. Activación fisiológica ante estos temores.
- Refuerzo social de las manifestaciones externas: verbalizaciones, quejas, síntomas...

— *Factores de mantenimiento.* Son consecuencias que contribuyen a mantener los comportamientos problema, y aquellos otros aspectos, tanto de la biografía como de los antecedentes que, de no cambiarse, hacen poco probable la solución del problema.

- Cogniciones alteradas sobre su competencia para ser padre.
- Insatisfacción en distintas áreas de convivencia marital.
- Atención de la pareja a las quejas físicas
- Falta de sistemas de apoyo social y familiar.

- Escasez de recursos o habilidades de afrontamiento.
- Ausencia de *ayudas paliativas* (hobbys, ejercicio físico...).

— *Factores de solución y cambio.* Son todas aquellas condiciones que hacen probable la solución del problema.

- Implicación del paciente en el proceso de terapia.
- Compromiso por cambiar y reconocimiento de responsabilidad de uno mismo para realizar el cambio.
- Apoyo emocional por parte de su pareja.

### Objetivos y estrategias terapéuticas.

Los objetivos de la intervención terapéutica se establecieron en base a los dos diagnósticos señalados anteriormente.

Con respecto al primer diagnóstico F45.2 Hipocondría (300.7) se fijaron los siguientes objetivos y técnicas terapéuticas:

1. Disminuir la activación fisiológica asociada a la preocupación por padecer una enfermedad grave. Las técnicas utilizadas fueron:

— *Relajación autógena* de Schultz (1932). El objetivo fundamental de esta técnica es dotar al paciente de la habilidad para hacer frente a la activación fisiológica que le produce la preocupación por padecer una enfermedad grave. Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre: 1) sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades; 2) regulación de los latidos de su corazón; 3) sensaciones de tranquilidad y 4) concentración pasiva en su respiración. Una vez aprendida la técnica en sesión se instó al paciente a que la practicara diariamente en su domicilio.

— *Distracción*, se pidió al señor G que se centrara su atención en un objeto externo cada vez que surgiera esta preocupación.

2. Modificar las interpretaciones incorrectas o poco realistas que el señor G tiene de sus sensaciones o síntomas físicos. Las técnicas

empleada fue:

— *Reestructuración cognitiva* de la forma de pensar en estas situaciones. Haciendo hincapié en:

- *Descatastrofizar* el temor a padecer una enfermedad grave.
- *Confrontación con la realidad*, a través de las pruebas médicas, las cuales no apoyan el temor a padecer enfermedad. Esta confrontación permitió al paciente obtener una perspectiva más realista de los hechos.

Con relación al segundo diagnóstico F43.22 Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28), se establecieron los siguientes objetivos y técnicas terapéuticas:

1. Abordar los miedos e inquietudes suscitados por la paternidad. Las técnicas empleadas para alcanzar este objetivo fueron:

— Técnicas de afrontamiento focalizadas en la emoción: *reevaluación positiva* de la paternidad y *aceptación de la responsabilidad* implícita. 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. Reevaluar es poner las cosas en perspectiva, redefinir las situaciones y operar desde un punto de vista que permita sacar partido de la experiencia (González de Rivera, 2001).

2. Adquisición de los recursos o habilidades de afrontamiento necesarios que permitan al señor G hacer frente con éxito el estrés derivado de la paternidad. Las técnicas utilizadas para alcanzar este objetivo fueron:

— Técnicas de afrontamiento focalizadas en la solución de problemas derivados del nacimiento de un hijo: aumento de los gastos familiares y cesión de ratos de ocio para dedicarlos al nuevo miembro de la familia. Para ello se siguió el modelo de *entrenamiento en solución de problemas* propuesto por D'Zurilla y Nezu, (1982) que incluye cinco pasos: 1) orientación hacia el problema, 2) definición y

formulación del problema, 3) generación de alternativas, 4) toma de decisiones y 5) puesta en práctica de la solución y verificación.

3. Suprimir las creencias irracionales sobre su idoneidad para ser padre, y miedo a reproducir el modelo paterno. Las técnicas empleadas para alcanzar este objetivo fueron:

— *El debate filosófico* (Ellis, 1987), estructurado en tres pasos: 1) *descubrir* las creencias irracionales que subyacen a las conductas y emociones autodevaluadoras sobre la competencia del señor G para ser padre, 2) *debate* de la verdad o falsedad de estas creencias y 3) *internalizar* las nuevas creencias racionales.

— *Proyección en el tiempo con imágenes de maestría*, en las que el señor G se imagina cuidando con esmero a su hija.

4. Incremento y mejora de la forma de interactuar con su familia de origen.

— *Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)* dirigido a incrementar la competencia de la actuación del señor G en situaciones críticas de desacuerdo y disputa con sus familiares de primer grado. Para ello se siguió el modelo propuesto por Lange (1981; Lange, Rimm y Loxley, 1978), el cual señala cuatro etapas del EHS: 1) el desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás, 2) la distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas, 3) reestructuración cognitiva y 4) ensayo conductual. Este entrenamiento se realizó con situaciones concretas de conflicto que el señor G aportó a lo largo de las sesiones, así por ejemplo, la comunicación a sus padres de diversas decisiones relativas a su vida familiar y su deseo de que fueran respetadas.

5. Fomentar la realización de actividades gratificantes, de forma individual o con su pareja, que permitan atenuar la reacción de estrés.

— *Programación de actividades para realizar individualmente*. El señor G empezó

a dar paseos diarios de una hora de duración. Esta actividad además de ser placentera permitió al paciente comprobar la falsedad de la creencia de padecer algún tipo de 'atrofia muscular'. También retomó su afición por la lectura.

- Programación de actividades de pareja. Los señores G incrementaron el número de salidas en fin de semana (cine, compras...).

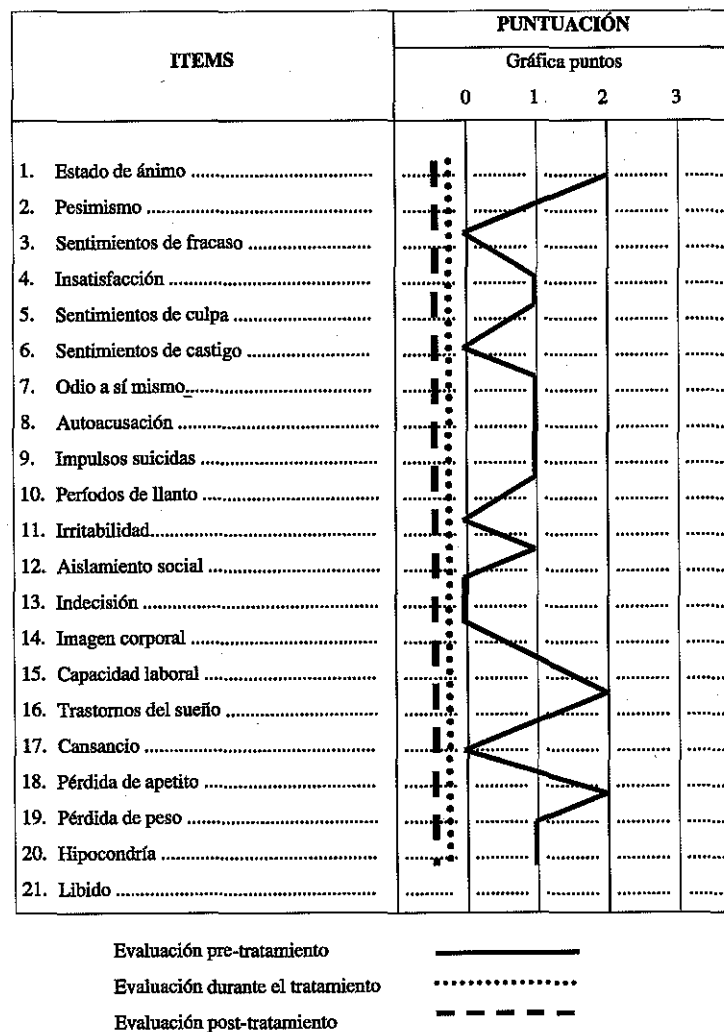
No se planteó ninguna intervención de pareja dada la imposibilidad de la señora G de acudir a consulta por su avanzado estado de gestación.

### Resultados

El señor G mostró una mejoría substancial en todas las medidas dependientes utilizadas durante la intervención.

Para la medida de depresión (BDI) la puntuación pre-tratamiento fue 18, lo que nos advierte de la existencia de depresión leve. En la evaluación efectuada en la décima sesión, que coincide con el nacimiento de su hija, el señor G obtiene una puntuación de 0, indicativa de ausencia de depresión que se mantiene en la evaluación post-tratamiento efectuada en la sesión número 18.

Figura 1. Representación gráfica de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del BDI en la evaluación pre, durante y post-tratamientos.



La figura 1 muestra la representación gráfica de estos resultados, especificando las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems del BDI.

Como podemos observar en la figura 1, en la evaluación pre-tratamiento el paciente señala padecer con una intensidad moderada los siguientes síntomas: estado de ánimo decaído, trastornos del sueño y pérdida de peso. Los síntomas que señala con una intensidad leve son: pesimismo, insatisfacción, sentimientos de culpa, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, períodos de llanto, aislamiento social, disminución de la capacidad laboral, cansancio, hipocondría y disminución del deseo sexual. Esta sintomatología desaparece en la evaluación efectuada durante y al final del tratamiento.

Con respecto a la medida de ansiedad (STAI), en la evaluación pre-tratamiento la puntuación obtenida por el señor G en ansiedad Estado (A/E) se sitúa en el centil 45 y la puntuación ansiedad Rasgo (A/R) en el centil 80. En la evaluación post-tratamiento la puntuación A/E se sitúa en el centil 15 y la puntuación A/R en el centil 70. Podemos observar una disminución en A/E, conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se

caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La puntuación en A/R se mantiene a lo largo de toda la intervención, la cual señala una tendencia relativamente estable en nuestro paciente a percibir las situaciones como amenazantes y a elevar, consecuentemente, la ansiedad Estado.

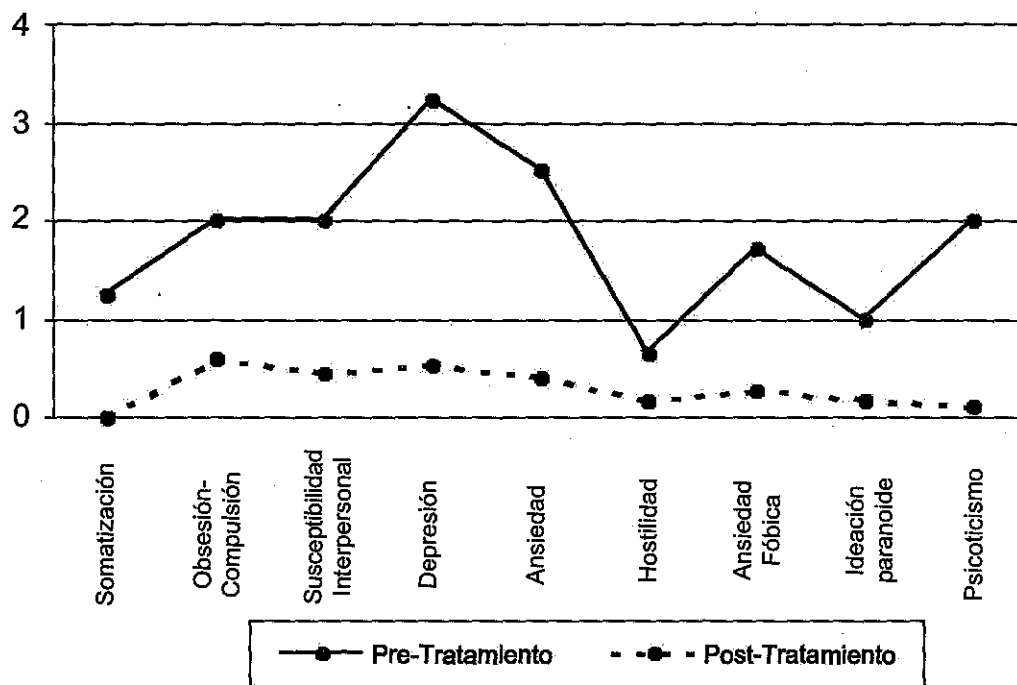
El descenso de las puntuaciones en las medidas de ansiedad y depresión se confirma al analizar el Cuestionario SCL-90. Así, en la evaluación pre-tratamiento las puntuaciones más elevadas pertenecen a las escalas de depresión (M=3,23) y ansiedad (M=2,50), las cuales disminuyen notablemente en la evaluación post-tratamiento (Depresión, M=0,53; Ansiedad, M=0,40).

La figura 2 muestra la representación gráfica de las puntuaciones obtenidas por el señor G en las distintas escalas del Cuestionario SCL-90 en la evaluación pre y post-tratamiento.

Otro indicador de recuperación fue la retirada de la medicación dos meses antes de finalizar la intervención terapéutica.

Por último, señalar que en el seguimiento realizado telefónicamente al mes de finalizar el

Figura 2. Puntuaciones medias pre y post tratamiento obtenidas en las escalas del cuestionario SCL-90.





tratamiento, el señor G nos informa de su clara mejoría y del bienestar conseguido en los ámbitos familiar y personal.

### Referencias bibliográficas

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carrolles, J.A. (1996). *Estrés y trastornos psicofisiológicos. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol 2*. Siglo XXI. Madrid.
- Costa, M. y López, E. (2003). *El consejo psicológico*. Ed. Síntesis. Madrid.
- Danis, S. J., y D'Augelli, A.R. (1980). *Competence and coping during adulthood*. Hanover, New Hampshire: University Press of New England.
- D' Augelli, A.R., Handis, M.H., Brumbaugh, L., Searer, R., Turner, D.W., y D' Augelli, J.F. (1978). The verbal helping behavior of experienced and novice telephone counselors. *Journal of Community Psychology*, 6, 222-228.
- D'Zurilla, T.J., y Nezu, A. (1982). *Social problem solving in adults. Advances in cognitive behavioral research and therapy, Vol 1*. Nueva York. Academic Press.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-145.
- Lange, A.J., Rimm, D.C. y Loxley, J., (1978). Cognitive-behavioral assertion training procedures. *Approaches to assertion training*. Monterrey, Calif., Brooks/Cole.
- González de Rivera, J.L. (2001). Nosología psiquiátrica del estrés. *Psiquis*, 22, 1-7.
- Nowak, C. (1978). *Research in life events: Conceptual considerations*. Presentado en el 31<sup>st</sup> annual scientific meeting of the Gerontological Society, Dallas.
- Riegel, K. (1975). *Life-span developmental psychology: Normative life crises*. New York: Academic Press.
- Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis*. Ed: El manual moderno. S.A. de C.V. México, D.F.
- Schultz, J.H. (1932). *Das autogene training*. Verlag. Leipzig.
- Taplin, J.R. (1971). Crisis theory: critique and reformulation. *Community Mental Health Journal*, 7, 13-23.
- Viney, L.L. (1976). The concept of crisis: A tool for clinical psychologists. *Bulletin of the British Psychological Society*, 29, 387-395.