Manual de Intervención del Protocolo de reacción y modelo de intervención psicológica relacionado con el impacto emocional en la población y el estrés postraumático después de un desastre en la CDMX.

Coordinadora:
Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Ilustraciones de: Berenice García Dávila

DIRECTORIO

Dr. Enrique Graue Wiechers
Rector de la UNAM

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda
Directora de la FES Iztacala

✆5623 1164
✆5623 1150
✆ 5390 7513
✉ pdavilaa@unam.mx

Dra. Alba Luz Robles Mendoza
Jefa de la Carrera de Psicología en FES Iztacala

✆5623 1205
✉jefaturapsicologiaiztacala@gmail.com

Dr. Ignacio Peñalosa Castro
Secretario General Académico

✆5623 1141
✉ipcastro@unam.mx

CD Rubén Muñiz Arzate
Secretario de Desarrollo y Relaciones Institucionales

✆ 56231206
✆552312909
✉arzate@unam.mx

Dra. Carolina Santillán Torres Torija

✆ 56231122
✉carolina.santillan@comunidad.unam.mx

Fotografía de la portada: Marcos Daniel Roldán Hernández

✉markosroldan8823@gmail.com

Ilustraciones: Berenice García Dávila

✉psi.davila.berenice@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Descripción general del tratamiento.

La siguiente parte del texto incluye una propuesta de tratamiento para personas que presentan malestar emocional después de haber vivido un evento altamente estresante como un desastre natural, particularmente nos referimos al trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, o sintomatología depresiva. El manual también incluye un componente que trabaja la resiliencia. Se incluye la descripción de cada una de las actividades a llevarse a cabo dentro de la psicoterapia así como el formato en donde pueden los psicoterapeutas trabajar, y los usuarios usarlo para realizar tareas en casa. Incluimos una propuesta de tratamiento que puede ir de entre 12 a 17 sesiones con una dirección aproximada de 50 minutos cada una. El enfoque teórico de la intervención es el de la psicoterapia cognitivo conductual y el de la terapia conductual, particularmente exposición prolongada.

Las características de esta psicoterapia incluyen no solamente sesiones basadas en el desahogo, sino más bien en un entrenamiento en habilidades para tolerar el malestar, psicoeducación sobre la ansiedad y la depresión.

La experiencia clínica y la investigación nos dicen que la psicoterapia es mucho más efectiva cuando por un lado, las personas se involucran activamente en el tratamiento, realizan tareas todos los días, y toman un papel activo en construir la agenda de las sesiones, y por otro lado cuando el profesional de salud mental emplea técnicas basadas en la evidencia para atender a sus consultantes.

Después de un desastre natural es frecuente que los profesionales de salud mental tengan que dar atención a la población adulta, y también a la población infantil, es por ello que el presente manual incluye un apartado en donde sean adecuados los contenidos de cada sesión a niños de entre seis y 12 años. Los personajes aquí presentados han sido adecuados a la realidad de un niño mexicano.

En la parte final del manual incluimos algunas referencias para que sean consultadas y permitan al psicólogo profundizar en los temas.

Esperamos que este material sea de utilidad tanto para psicólogos en formación como a los psicólogos más experimentados.

La distribución del manual es gratuita, solo les recordamos citar a los autores.

INDICE

PRIMERA PARTE

1) Protocolo de reacción y modelo de intervención psicológica relacionado con el impacto emocional en la población y el estrés postraumático después de un desastre en la Ciudad de México, Estudio Introductorio, Carolina Santillán Torres Torija

2) Los psicólogos mexicanos ante las situaciones de desastre una revisión histórica, Abner Soto González, María Luisa Tavera Rodríguez y Maribel Sandoval Álvarez

3) Marco jurídico ante las situaciones de desastre en México y ética profesional, Alba Luz Robles Mendoza

4) Estrés Postraumático y Estrés Agudo e Impacto Emocional: Definición y Prevalencia En Situaciones de Desastre, Violeta Espinosa Sierra y Jorge Luis Salinas Rodríguez

5) Familias mexicanas ante la situaciones de desastre, Nélida Padilla Gámez

6) Diversidad Sexual y Salud Mental ante las Crisis, Mario Fausto Gómez Lamont

7) Terapia de exposición para estrés postraumático en situaciones de desastre, Anabel de la Rosa Gómez

8) Eventos estresantes y su relación con el TEPT y el uso de sustancias en personas expuestas, Mariana Linage Rivadeneyra

9) Resiliencia ante situaciones de desastre, Luz de Lourdes Eguiluz y María Luisa Plasencia

10) Autocuidado del cuidador, Miguel Marín Tejeda.

11) Procedimientos de Evaluación e Intervención Psicofisiológica Breve, David Alberto Rodríguez-Medina, Benjamín Domínguez-Trejo, Luis Alberto Morales-Hernández, Irving Armando Cruz-Albarrán

SEGUNDA PARTE

Estrés agudo

- Estrés agudo (adultos)
- Estrés agudo (niños)

Respiración Diafragmática

- Ejercicio de Respiración (adultos)
- Respiración 4-2-8 (niños)

Estrés

¿Qué es el estrés? (niños)

Lista de eventos altamente estresantes

Lista de eventos altamente estresantes (adultos)

¿Qué me paso en el último año? (niños)

Planeación del tratamiento

Estrés Postraumático

Síntomas de estrés postraumático (adultos)

Síntomas de estrés postraumático (niños)

Línea del tiempo

Línea del tiempo (adultos)

Línea del tiempo (niños)

Jerarquía de evitación

Jerarquía de miedos (adultos)

La escalera del miedo (niños)

Terapia de exposición

Forma de registro de la tarea de exposición imaginaria

Tarea: sesión 3-10

Formulario de registro de tareas de exposición en vivo

Registro ABC

Autoregistro ABC (adultos)

Tu ABC (niños)

Debate socrático

Preguntas para debate socrático

Registro ABCDE

Autoregistro ABCDE (adultos)

Tu ABCDE (niños)

Espiral de la depresión

Espiral de la depresión (adultos).

¡No dejes que el remolino se lleve a Doradita! (niños)

Distorsión en la predicción de la satisfacción

Plan de seguridad (niños)

Evitación y habituación

- Evitación y habituación

Pecezometro del miedo

Gatometro del miedo

Resiliencia después de un desastre natural

- Atribuciones (adultos)
- Optimista y pesimista (niños)

Flexibilidad cognitiva

Triada cognitiva

- Triada cognitiva (adultos)
- Triada cognitiva (niños)
- Modelo de procesamiento de la información
- Distorsiones cognitivas
- Resiliencia

Entrevista motivacional

- Balance decisional
- Factores que influyen en la decisión de cambiar
- Importancia

Terapia de exposición narrativa para estrés postraumático

- Flores y piedras, ejemplo (niños)
- Flores y piedras (niños)

Directorio

Referencias

Protocolo de reacción y modelo de intervención psicológica relacionado con el impacto emocional en la población y el estrés postraumático después de un desastre en la Ciudad de México, Estudio Introductorio

Estudio Introductorio

Carolina Santillán Torres Torija

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

El pasado sismo del 19 de septiembre de 2017 representó para la nueva generación de profesionales de la salud mental un desafío en términos de la atención psicológica urgente, y confirmó la solidaridad del pueblo mexicano. Sin embargo, volvió a quedar pendiente la organización, el tipo de atención, y la estandarización de los primeros auxilios psicológicos a la población. Dejó al descubierto la necesidad de capacitar continuamente a los psicólogos adscritos a las instituciones de la CDMX en un protocolo para atender el malestar emocional en lo inmediato, pero también, en el mediano plazo las problemáticas asociadas a las pérdidas. Los efectos de vivir un desastre natural, en donde un gran número de personas perciben que su vida está en riesgo, que tienen pérdidas económicas, habitacionales, y personales, entre otras, puede llevar a un grupo de ellas a generar en el mediano y en largo plazo dificultades emocionales, incrementar su consumo de sustancias, llegar a presentar síntomas de estrés agudo (EA), de estrés postraumático (EPT), sintomatología depresiva y conductas asociadas al suicidio.

El desastre natural no solamente coloca individuo en una situación de vulnerabilidad que desafía la sensación de control y orden en lo cotidiano, si no que le enfrenta a un desgaste continuo. Además de perder su casa, puede perder su empleo, su colonia, su confianza en las instituciones, su tranquilidad. Estas pérdidas se agravan cuando se trata de personas que ya se encuentran de por sí en alto riesgo por su situación socioeconómica, que desde antes les brindaba pocas oportunidades de desarrollo y movilidad social, y que, tras un desastre natural su condición ya de por sí en desventaja, incluya mayores factores de riesgo para desarrollar un trastorno mental.

Mucho ha cambiado desde 1985, México es ahora un país social, política y económicamente distinto. Desde la disciplina de la Psicología, y desde el particular estudio de los eventos altamente estresantes y traumáticos, el derrumbe de las torres gemelas de Nueva York en el 2011, un tsunami en el 2006, el sismo en Kumamoto en 2016, y la alta exposición de los habitantes de la CDMX a eventos violentos, han tenido como consecuencia el diseño y evaluación de la efectividad de programas de intervención para atender a los sobrevivientes de estas catástrofes. Además, el propio

manual de evaluación y diagnóstico de trastornos mentales DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) han hecho adecuaciones en estos años para los trastornos relacionados con estrés y trauma. El término neurosis traumática, ha ido desapareciendo como entidad diagnóstica y los tratamientos basados en la evidencia son el referente para los psicólogos en formación. Así mismo, la bibliografía reporta que desafortunadamente las publicaciones en habla hispana son mínimas en comparación con más de 100 catástrofes ocurridas entre el 2001 y el 2010 (Pineda y López-López 2010). Finalmente en las últimas décadas se transformado la forma de atender a las personas y existe una tendencia hacia una mayor aplicación de intervenciones con un enfoque cognitivo conductual.

En el pasado sismo ocurrido en la CDMX, diferentes agrupaciones de psicólogos, instituciones académicas y asociaciones implementaron el apoyo a la población haciendo uso de los primeros auxilios psicológicos. Un ejemplo de este trabajo es el de Palacios y Téllez (2017), quienes en el estado de Morelos integraron 16 brigadas de apoyo que asistieron a las comunidades más afectadas, generaron un acciones de mapeo de necesidades, y dieron capacitación al personal de salud. Su trabajo tuvo como objetivo por un lado, atender el malestar emocional resultado por la experiencia traumática, así como restablecer los recursos individuales cognitivos y emocionales antes de la crisis, finalmente se a buscaron la prevención entrenando en el desarrollo de conductas que afectan la salud de los individuos y su capacidad de respuesta. Después de un mes del sismo generaron otras acciones específicas como atender a grupos específicamente vulnerables, hicieron intervenciones en los centros educativos, capacitaron al personal de salud y escolar para implementar primeros auxilios psicológicos, derivaron casos a instancias gubernamentales, y organizaron grupos de apoyo psicológico.

Como en otros desastres naturales la academia participó de manera muy activa junto con el sector civil. La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional, entre otras casas de estudios implementaron programas de atención psicológica para los estudiantes y la comunidad, cursos – talleres de primeros auxilios psicológicos a los psicólogos en formación y egresados, y en un segundo momento atención a los voluntarios que estuvieron en contacto con el desastre, así como seguimiento a la comunidad. Los egresados en su vocación de ayuda y cumplieron con los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta en donde se establece que durante una emergencia los psicólogos pueden proveer servicios cuando los otros servicios de salud mental no están disponibles, y aún cuando no hayan obtenido el entrenamiento necesario (APA, 2016 Art. 2.02) dieron ayuda en las calles, los albergues, y en los centros de acopio.

Por su parte, la Secretaría de Salud, que incluye al Hospital de las Emociones en la Ciudad de México, y a los psicólogos adscritos a la CDMX con su programa “Estoy contigo”, otorgó de forma

gratuita atención psicológica y psiquiátrica a damnificados por sismo, su trabajo se realizó en dos vertientes: la atención a través de la línea telefónica de Medicina a Distancia y mediante la incorporación de psicólogos a las brigadas médicas. El centro de control estuvo en la Clínica Especializada Condesa y se instalaron puntos de atención contención psicológica. También se brindó apoyo emocional mediante brigadas de primeros auxilios psicológicos en refugios temporales, puntos críticos y carpas de salud mental en diferentes puntos de la CDMX, así como capacitación rápida en el manejo de intervención breve a grupos o instituciones interesadas (Ahued-Ortega, 2018). Además otras organizaciones como la Asociación Psicoanalítica Mexicana participaron activamente habilitando líneas telefónicas o atención psicológica de emergencia en los refugios temporales. Así mismo la UNAM habilitó servicios de primeros auxilios psicológicos en la Facultad de Psicología, en la FES Iztacala y en los campus distribuidos por toda la ciudad, así como proporcionando apoyo a distancia.

Al hacer una reflexión sobre la atención brindada el año pasado, Álvarez-Icaza y Medina Mora (2018) señalan que el abordaje después del sismo, en términos de intervenciones psicosociales, tendría que estar enfocado a tres aspectos: a) capacitación para los profesionales que requieran atender trastornos en el primer nivel de atención, b) detección oportuna del trastorno de estrés agudo y el duelo, y por último c) detección y atención del estrés postraumático, abuso de sustancias y riesgo suicida. Todas las anteriores, mencionan los autores, tendrían que estar apegadas a las líneas de buenas prácticas ya establecidas por organismos internacionales.

Entonces, después de revisar la efectividad y organización de la atención psicológica a la población posterior al sismo del 2017, surgen algunas necesidades, entre las que se encuentran: a) incorporar a los planes de estudio de las licenciaturas en Psicología de universidades públicas y privadas en México la formación en Primeros Auxilios Psicológicos, manejo del estrés agudo, postraumático y trastornos asociados después de un desastre natural y/o provocados por el hombre con técnicas basadas en la evidencia, b) capacitar continuamente a los psicólogos adscritos a la Secretaría de Salud en EPT, y c) implementar una estrategia de detección temprana y canalización de personas con sintomatología de EPT.

El presente texto incluye una propuesta para capacitar tanto psicólogos en formación como a egresados, psicólogos adscritos a la secretaria de salud de la Ciudad de México, y a toda la comunidad de psicólogos interesados en profundizar en el tema de la atención de la población después de un desastre natural como un sismo, no solamente siendo habitantes de la ciudad de México y zona conurbada. Consideramos primordial que una vez realizada la intervención de urgencia, es necesario dar seguimiento a establecer el protocolo de reacción y proponer el modelo de intervención psicológica relacionada con el impacto emocional en la población y la atención del EPT. Con base a los criterios internacionales para el diagnóstico de estrés postraumático (EPT)

será necesario detectar aquellas personas que empiezan a desarrollar síntomas incapacitantes derivados del desastre natural. Se sabe que algunas estas personas empezarán a consumir sustancias para intentar paliar los síntomas de ansiedad, algunas de ellas de forma paralela empezarán a desarrollar sintomatología depresiva y el peor de los desenlaces de todos los trastornos mentales: el suicidio. Para esta segunda fase la Asociación Americana de Psicología (APA), el Instituto Nacional de Psiquiatría en sus Guías clínicas (Heinze y Camacho, 2010; Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña, 2010), en Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 2016), entre otras organizaciones, siguen estableciendo que una de las mejores intervenciones para el tratamiento es la psicoterapia cognitivo conductual.

Además, proponemos la capacitación en Guardianes de Emergencias Psicológicas después de un sismo, lo cual comprende brindar a los no psicólogos entrenamiento en detección y canalización de personas en riesgo de presentar una cuestión e salud mental después del sismo.

Por lo tanto, el objetivo del presente proyecto, apoyado por el Comité Científico para la Reconstrucción y Futuro de la CDMX, y financiado por el Consejo Económico y Social de la CDMX cuyo producto es esta obra, fue diseñar, capacitar e implementar un protocolo de reacción y modelo de intervención psicológica relacionado con el impacto emocional en la población y el estrés postraumático después de un desastre en la CDMX.

Los objetivos particulares fueron:

a. Identificar con base a la experiencia de trabajo en el campo, las necesidades que el personal percibió ante la contingencia del sismo del pasado 19 de septiembre.

b. Diseñar un protocolo de reacción para psicólogos adscritos a la Ciudad de México después de un desastre.

c. Capacitar a una muestra de psicólogos que trabajan en instituciones de la CDMX en un taller de 40 horas para atender el impacto emocional en la población (estrés postraumático sintomatología depresiva y conductas asociadas al suicidio) a partir del sismo del pasado 19 de septiembre.

d. Capacitar a los no profesionales de salud mental adscritos al Hospital de las Emociones, Secretaría de Salud y DIF como Guardianes de Emergencias Psicológicas.

Con el objetivo de establecer una estrategia de respuesta inmediata ante una situación de desastre en la Ciudad de México se propuso diseñar dicho protocolo y capacitar de manera

presencial y en línea a los psicólogos que trabajan en instituciones de la CDMX (Hospital de las Emociones de la CDMX, Psicólogos adscritos al DIF y a la Secretaría de Salud) en un modelo de intervención psicológica para atender el impacto emocional en la población y estrés postraumático. Además se propuso capacitar a los no profesionales de salud mental como Guardianes de Emergencias Psicológicas, adscritos a las instituciones antes mencionadas, pues pueden apoyar en la identificación y canalización de personas en riesgo.

De aquí se desprendieron las siguientes actividades:

FASE 1

1) Reuniones con los funcionarios al frente del Hospital de las Emociones de la Ciudad de México, DIF, y a la Secretaría de Salud con el objetivo de conocer las características generales de los profesionales que recibirán capacitación, generar una agenda de trabajo e identificar las necesidades de capacitación del personal.

2) Capacitación a cuatro egresados de la licenciatura en psicología en el taller de Guardianes de Emergencias Psicológicas después de un desastre.

3) Planeación de la capacitación presencial y en línea para psicólogos.

4) Redacción del manual de intervención.

FASE 2

1) Capacitación al personal para atender el impacto emocional en la población (estrés postraumático).

2) Publicación de manual.

3) Publicación de los vídeos para la capacitación a distancia.

4) Capacitación en Guardianes de Emergencias Psicológicas

5) Supervisión de casos

El Taller de capacitación para psicólogos estuvo formado por dos componentes:

1. Introducción a la atención psicológica en situaciones de desastre natural como un sismo (en modalidad a distancia).

La primera parte del texto presenta nueve capítulos que revisan el impacto psicológico en la población después de un desastre, desde el punto de vista de la psicología jurídica, la psicología social, de la psicoterapia cognitivo conductual, la psicoterapia familiar sistémica, desde el enfoque de género, atendiendo el autocuidado del cuidador, y desde la psicofisiología.

Alba Luz Robles Mendoza nos habla del marco ético-jurídico ante las situaciones de desastres naturales en México , exponiendo el Marco conceptual en casos de desastres naturales, el marco jurídico internacional en casos de desastres naturales, dándonos una serie de Antecedentes socio jurídicos de la atención de desastres naturales en México y presentando los aspectos ético-jurídicos en el manejo ambiental y de prevención de desastres.

Violeta Espinosa Sierra y José Luis Rodríguez Salinas nos hablan del impacto emocional de las catástrofes, hacen una revisión de los criterios diagnósticos de estrés agudo y postraumático a lo largo de la historia resaltando sus síntomas más importantes, y presentan un recuento de la prevalencia en trastorno por estrés postraumático..

Anabel de la Rosa Gómez presenta los tratamientos psicológicos eficaces que han demostrado para trabajar el estrés postraumático desde su experiencia clínica, haciendo énfasis en técnicas de la psicoterapia cognitivo conductual, la terapia de exposición, la terapia de exposición prolongada, el entrenamiento en inoculación del estrés, la terapia de procesamiento y desensibilización por movimientos oculares, así como los factores de fracaso terapéutico.

Nélida Padilla Gámez presenta un marco teórico básico para entender los ciclos de la familia, y las particularidades de la familia mexicana para después reflexionar sobre el impacto que tiene un desastre natural en la familia mexicana.

En su capítulo, Mariana Linaje Rivadeneyra revisa cuáles han sido las intervenciones más efectivas para trabajar con estrés postraumático, utilizando un caso como ejemplo se enfoca a la atención de problemas relacionados con el uso de sustancias derivadas de la experiencia de haber vivido el cinismo. Presenta una intervención paso a paso en donde se combina un modelo para peores problemas y terapia de exposición.

Por su parte Fausto Gómez Lamont subraya la importancia de tener sensibilidad al atender personas de la comunidad LGBTTTIQA y aborda los principios teóricos y prácticos de la terapia basar en soluciones enfocadas a esta población.

Miguel Marín Tejeda nos brinda herramientas necesarias para estar atento a cuando es el profesional de salud mental quien empieza aparecer las consecuencias del trauma Vicario, y usando un modelo de auto cuidado como marco conceptual propone la posibilidad de prevenir el síndrome de fatiga por compasión.

Lourdes Eguíluz Romo y María Luisa Plasencia Vilchis retoman el concepto de resiliencia y proponen estrategias para los individuos las familias y las comunidades después de un desastre natural.

Finalmente, David Rodríguez-Medina, Benjamín Domínguez-Trejo, Luis Alberto Morales-Hernández e Irving Armando Cruz-Albarrán narran su experiencia usando procedimientos de evaluación e intervención psicofisiológica breve después del sismo para determinar aquellas personas que estarán en mayor riesgo de desarrollar EPT.

2. Manual de intervención

El primer componente está formado por once capítulos: 1) Estudio Introductorio, 2) Los psicólogos mexicanos ante las situaciones de desastre: una revisión histórica, 3) Marco jurídico ante las situaciones de desastre en México y ética profesional, 4) Estrés Postraumático y Estrés Agudo e Impacto Emocional: Definición y Prevalencia En Situaciones De Desastre, 5) Familias mexicanas ante la situaciones de desastre, 6) Diversidad Sexual y Salud Mental ante las Crisis, 7) Terapia de exposición para estrés postraumático en situaciones de desastre, 8) Eventos estresantes y su relación con el TEPT y el uso de sustancias en personas expuestas, 9) Resiliencia ante situaciones de desastre, 10) Autocuidado del cuidador, y 11) Procedimientos de Evaluación e Intervención Psicofisiológica Breve.

El segundo componente está formado por el protocolo de tratamiento, el cual incluye el material a usarse sesión por sesión con los consultantes del servicio de atención psicológica.

El presente incluye el material para el Taller de Capacitación y el material a usarse en las sesiones de atención psicológica. Este texto debe complementarse con la revisión de las

entrevistas con los autores de los capítulos y en el curso íntegro del uso del manual que están incluidos en la lista de reproducción en nuestro canal de YouTube: CREASIztacala.

Finalmente, ante la creciente necesidad de atender a personas después de un desastre natural o un evento altamente traumático en la ciudad de México, y de cambiar el modelo de atención individual por modelo preventivo que tenga como objetivo atender a la sociedad, incorporamos la capacitación de los profesionales de la salud: médicos, trabajadores sociales, personal de enfermería, y psicólogos para aprender a detectar tempranamente síntomas de reacción a estrés, y estrés postraumático. La segunda fase de este proyecto tuvo como objetivo capacitar a un grupo de profesionales en los centros de salud de la Ciudad de México para desempeñar labores de detección temprana, motivación acercarse al especialista, y canalización. Éste modelo de monitores o guardianes se ha trabajado en Estados Unidos desde hace más de 20 años. Y responde a dotar de habilidades de resiliencia a la comunidad, creando una cultura de cuidado del otro, y poniendo sobre la mesa el tema de la salud mental después de un desastre natural. La implementación de este entrenamiento capacitó a más de 200 personas que están en contacto con otras personas, y que todos los días enfrentan a pacientes que podrían presentar un riesgo de salud mental. Se aprovechó el lugar que ocupa el profesional de la salud como un referente en la comunidad, y en el centro de salud para que los pacientes se sintieran más motivados y confiados de atender los síntomas que presentaban después de un desastre natural con personal altamente capacitado. Además, este modelo apoya a transmitir la cultura de autocuidado entre los profesionales de la salud que están expuestos a detalles explícitos después un evento traumático y se encuentran asimismo en alto riesgo de presentar sintomatología ansiosa y depresiva, incluso desgaste profesional.

Introducción Al Manual de Intervención

Proponemos un algoritmo de atención que incorpore a la academia como apoyo fundamental en la atención de la población después de una crisis por un desastre natural (Ver Figura 1).

Protocolo de reacción y modelo de intervención psicológica relacionado con el impacto emocional en la población y el estrés postraumático después de un desastre en la Ciudad de México

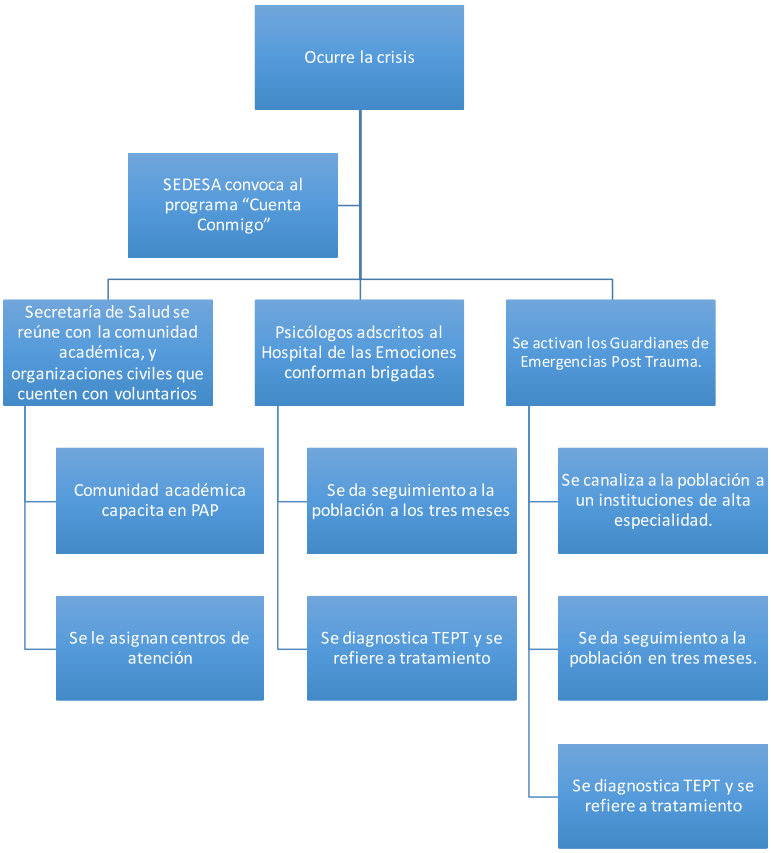
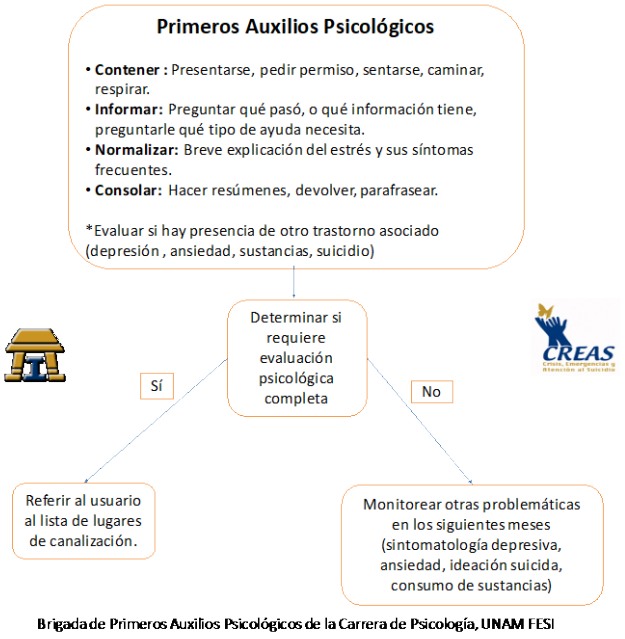


Figura 1. Algoritmo de atención de la población de la CDMX después de un desastre natural.

Consideramos entonces necesario que la ayuda psicológica sea coordinada desde la Secretaria de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), para luego convocar a la academia y asignarle sitios donde deberá de dar el apoyo, una vez que cuente con voluntarios capacitados para hacerlo. Además, proponemos incorporar a los Guardianes de Emergencia Post Trauma para apoyar en la detección y canalización oportuna de los habitantes. Los primeros auxilios psicológicos deberán de realizarse como se explica en el manual, siguiendo el algoritmo de la Figura 2. Un

segundo momento de la intervención tiene que ver con realizar el seguimiento de las personas atendidas y detectar aquellas que presenten por estrés postraumático.

Primeros Auxilios Psicológicos



Protocolo de intervención sesión por sesión.

En la última versión del manual diagnóstico y de tratamiento para los trastornos mentales de la Asociación Norteamericana de Psicología se incorpora un evento traumático impacta a lo que Aaron Beck en 1976 denominó la triada cognitiva. Los eventos traumáticos sacuden al individuo y cuestionan su forma de verse a sí mismo, a los demás, y el futuro. Al vivir un desastre natural es comprensible que una persona tenga dudas sobre su capacidad para enfrentar los problemas, sienta que sus recursos son insuficientes para enfrentar la catástrofe, y comience a sentir inseguridad. Asimismo, al ver que muchas otras personas logran salir adelante, reconstruir sus casas y sus vidas, incorporarse a un nuevo empleo, o iniciar una nueva relación amorosa, pueden sentir que las demás personas son más hábiles, y las víctimas pueden empezar a desarrollar ideas sobre que los otros no se interesan por tus problemas, abandonan, traicionan. Por último estos pensamientos distorsionados pueden cambiar la visión que tienen las personas sobre el futuro. La ilusión de vivir que nos caracteriza los seres humanos, el optimismo que nos hace salir a trabajar todos los días con la esperanza de aportarle algo nuestra comunidad, empieza a ser reemplazado por el pesimismo, y la desesperanza. A esto se empieza a sumar la lentitud para tomar decisiones, los

problemas en el apetito, en el sueño, en el deseo sexual, el enlentecimiento psicomotor, y la tristeza, todos los días la mayor parte del día acompañada de aislamiento e inactividad. Así se instala el ánimo negativo y en muchos casos la depresión, desencadenados por el evento traumático del desastre natural.

De forma paralela, en un intento por darle lógica a lo increíble que puede ser que después de 32 años ocurra un sismo en la misma fecha, de gran intensidad, causando al menos 300 personas muertas, que tuvieron que abandonar su hogar por los daños que presentaron los inmuebles en la Ciudad de México, y en otras ciudades como Puebla, Morelos, y Oaxaca, las personas que se expusieron directamente al evento, lo presenciaron, tuvieron conocimiento de éste, o los jóvenes voluntarios, que hasta cuatro días después del sismo estuvieron apoyando para ayudar a que algunos sobreviviente, salieron de entre los escombros y se expusieron repetidamente a detalles repulsivos del suceso como por ejemplo recoger restos humanos (DSM, V, página 184), una parte de su actividad cognitiva estará relacionada con la intrusión de imágenes que recuerda las escenas más dramáticas del desastre, estarán teniendo sueño repetidos sobre el mismo, incluso reacciones disociativas, y malestar intenso al entrar en contacto con cualquier estímulo que pueda recordarles el evento. Y por otro lado estarán intentando evitar recordar uno de los eventos que podría representar la experiencia más desagradable de recordar, de toda su vida. Es como si una parte de su cerebro quisiera entender cómo fue posible que eso ocurriera, y que devastara tan rápido los edificios, las casas, las iglesias, y repasará mentalmente los detalles del evento y de su propia actuación, y otra parte de su cerebro hiciera un esfuerzo para intentar olvidarlo, guardarlo debajo del tapete, no acercarse, oler, ver, o relacionarse con ningún estímulo que pudiera recordarle ese evento tan doloroso. Y en esta dificultad de, por una parte comprender, y por otra parte olvidar, se va configurando el estrés postraumático. Se sabe qué después de vivir un evento traumático, el 30% de los sobrevivientes generarán algún síntoma de instrucción, ánimo negativo, o evitación, y en los casos de desastres naturales esta cifra puede ser menor pues la comunidad en conjunto vive el evento y genera solidaridad (Fan, Long, Zhou, Zheng y Liu, 2015).

Además, tenemos que atender a la población infantil, que representa un reto adicional para el psicólogo de poder comprender como un niño presenta síntomas de estrés postraumático, como intenta darle sentido a lo que ocurrió en un desastre natural, y facilitarle a través de técnicas basadas en la evidencia la posibilidad de recuperarse de ese evento, siempre acompañándolo con proveerle de información general sobre sus síntomas.

Un desafío adicional tiene que ver con reconocer las diferentes maneras en que el abordaje psicoterapéutico debería atender las necesidades de los hombres, que desafortunadamente en el contexto mexicano siguen siendo educados para desarrollar una gran habilidad para inhibir sus emociones, y que ante las encuestas epidemiológicas nacionales siguen reportando menor sintomatología en los trastornos del estado del ánimo, de la ansiedad, pero el consumo de alcohol sigue cubriendo el dolor, la angustia, la pérdida. También tenemos a la comunidad de la diversidad

sexual que además de los retos a los que se enfrenta en una sociedad que todavía no tiene apertura y está plagada de obstáculos para ella, un desastre natural la afecta de forma diferenciada. Y por último, hay que hablar que la capacitación para los profesionales de la salud mental que atenderán a las personas que presenten malestar emocional o algún trastorno mental, también estarán en riesgo de desarrollar trauma vicario, la denominada fatiga por compasión y que habrá que generar espacios para que estos profesionales promuevan su autocuidado y no generen síndrome desgaste profesional.

Es por ello que el presente texto incluye un entrenamiento para psicólogos información y psicólogos que ya trabajan en el campo clínico de 40 horas. Se provee de los elementos de los primeros auxilios psicológicos recuperando el modelo de atención de la Universidad de Barcelona (2002). Se revisan los detalles los principios de la psicoterapia cognitivo conductual como lo plantea Judith Beck (2000),- es breve, se basa en una sólida alianza terapéutica-, está centrada principalmente en el presente, contiene un componente psicoeducativo, enfatiza la participación y la colaboración activa, está centrada hacia problemas y objetivos determinados, tiene sesiones estructuradas, y ayuda a las personas a identificar y a evaluar los pensamientos disfuncionales) y la parte más importante del entrenamiento incluye describir la sintomatología de estrés agudo y estrés postraumático, y presentar la terapia de exposición prolongada (Foa, Chrestman, & Gilboa-Schechtman, 2008) y la restructuración cognitiva (Beck, 2008) como técnicas fundamentales para el trabajo de estos trastornos. Además se revisan otras dos problemáticas relacionadas: la sintomatología depresiva y las conductas asociadas al suicidio, así como técnicas para intervenir en ellas como son la activación conductual, la restructuración cognitiva, y los planes de seguridad. Durante todo el entrenamiento hay un enfásis importante en fortalecer el apoyo social que es el mejor predictor de salud mental en las comunidades (Turner, Frankel, y Levin, 1983).

El manual comienza presentando un protocolo de primeros auxilios psicológicos para atender a la población después de un desastre en donde resalta cuatro componentes que tienen que ver con contener, informar, normalizar, y consolar. Incluye materiales para compartir con los usuarios y darles información sobre el estrés agudo y el estrés postraumático. Asimismo presenta ejercicios adaptados para población infantil en donde se le presentan ejercicios para comprender los síntomas que vive un niño después de un desastre natural. Más adelante el manual propone un ejercicio de respiración diafragmática para practicarse en casa todos los días. El manual introduce de manera general al tratamiento para estrés postraumático presentando la explicación de lo que es el estrés, la respuestas cognitivas y fisiológicas que causa en las personas, y como los eventos altamente estresantes activan la sintomatología y las creencias distorsionadas. Invita al consultante a revisar los eventos altamente estresantes que ha vivido en los últimos tiempos, y ofrece la planeación de un tratamiento hipotético para trabajar estrés postraumático utilizando terapia de exposición prolongada o terapia narrativa. Para ello explica en qué consiste la terapia de exposición, incluye formatos para construir una jerarquía de estímulos evitados, y lo complementa con estrategias de

terapia cognitivo conductual como la línea del tiempo en donde el consultante identifica las creencias, pensamientos, imágenes que se han ido reforzando con la aparición de los eventos altamente estresantes. También se explica el círculo vicioso de la evitación en donde los conceptos claves son la habituación y la evitación, y el formato para realizar tareas de exposición en vivo o imaginarias en casa. También hay un apartado que incluye técnicas que se enfoca en el trabajo cognitivo introduciendo al consultante en el registro ABC, a entender la relación que existe entre las situaciones que nos ocurren y la interpretación que hacemos de ellas, especialmente cuando estamos ansiosos o con sintomatología depresiva, y empezar a debatir estos pensamientos automáticos utilizando el diálogo socrático. El manual también incluye ejercicios que tienen que ver con la activación conductual para la sintomatología depresiva, la distorsión en la predicción de la satisfacción, el incremento de actividades potencialmente agradables, y la restructuración cognitiva de los pensamientos más frecuentes que ocurren después de un evento altamente estresante. Se explica la triada cognitiva a los consultantes para identificar los pensamientos distorsionados sobre ellos mismos sobre el mundo y sobre los demás, y termina incluyendo un plan de seguridad para atender conductas asociadas al suicidio si fuera el caso. Finalmente incluye termómetros para medir las emociones, y dos componentes para trabajar resiliencia después de un desastre natural recuperando los planteamientos que hace Martín Seligman (2007) de las atribuciones optimistas y pesimistas ante las adversidades, la flexibilidad cognitiva, y el ejercicio “Yo soy, Yo tengo, Yo puedo de Grotberg (2006).

En el entrenamiento distancia se podrán revisar algunos elementos de cómo se pueden supervisar los casos, y que recomendaciones se hacen para llevar un expediente clínico y utilizar los formatos incluidos en este manual.

Referencias

Ahued-Ortega, A. (2018). Terremoto en México: la respuesta en salud del gobierno de la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 60*(Supl. 1), 83-89.

Álvarez-Icaza, D., y Medina-Mora, M. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Salud Pública de México, 60,* S52-*http://dx.doi.org/10.21149/9399*

American Psychological Association. Evidence Based Psychological Treatments. https://www.div12.org/psychological-treatments/

APA (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD*. Washington: APA. https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf

Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.

Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Editorial Gedisa.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford press.

Cárdenas E.M., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. Ed. S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, M.E. Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos NIMH (2016). *Trastorno por estrés postraumático*. New York: NIMH.

Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y., y Liu, X. (2018). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among adolescent earthquake survivors: a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine, 45,* 2885-2896.

Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2008). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Heinze, G, y Camacho, P.V. (2010*). Guía clínica para el Manejo de Ansiedad*. Ed. S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, M.E. Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Palacios, B., y Téllez, J. (2017). La importancia de la atención a la salud mental en situaciones de desastre. Experiencia de brigadas de apoyo psicológico de emergencia universitaria después de un sismo del 19 de septiembre de 2017 en México. *Salud, 49*, 513-516.

Pineda, C., y López-López, W. (2010). Atención Psicológica postdesastres : Más que un" guarde la calma". Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia psicológica, 28*, 155-160.

Quinnett, P. (2007). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale, and theory. Recuperado de https://uwaterloo.ca/counselling-services/sites/ca.counselling-services/files/uploads/files/QPRTheoryPaper_0.pdf

Seligman, M. E. (2007). *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.

Turner, R. J., Frankel, B. G., & Levin, D. M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. Research in community & mental health.

Universidad Autónoma de Barcelona, “Curso Virtual: Primeros Auxilios Psicológicos”, Cousera, 2015. Recuperado de: https://www.coursera.org/learn/pap/home/info

LOS PSICÓLOGOS MEXICANOS ANTE LAS SITUACIONES DE DESASTRE: UNA REVISIÓN HISTÓRICA.

Abner Soto G., María Luisa Tavera R. y Maribel Sandoval A.

"Nuestra tarea es historiar estos saberes para que puedan ser la base de acciones futuras"

Alfonso Díaz.

Definición.

Para dar inicio a este capítulo es primordial responder ¿A qué le llamamos desastre? Dentro de nuestro lenguaje coloquial, un desastre es una desgracia, una calamidad, lo cual es una definición muy ambigua. Siendo precisos, es necesario señalar que desastre es sinónimo catástrofe. Y que cuando se habla de catástrofe se hace referencia a "un acontecimiento de tal gravedad y magnitud que normalmente causa muertos, heridos y daños materiales, y que no puede ser manejado con los procedimientos y recursos gubernamentales de rutina. Requiere una respuesta inmediata, coordinada y efectiva de múltiples organizaciones gubernamentales y del sector privado para satisfacer las necesidades humanas y acelerar la recuperación." (Federal Emergency Management Agency, 1984; citado por Myers, 2006.). Asimismo, Campuzano, Carrillo, Díaz, Döring, Dupont, Islas y Tubert (1987), establecen una primera división sobre los desastres, la cual se refiere a aquellos desastres ocasionados por los hombres o sociales como lo son los incendios, las explosiones y las guerras. Y una segunda división para los naturales, que tienen la característica de ser menos previsibles, como los terremotos, las inundaciones, las avalanchas, los maremotos, los tifones y las erupciones volcánicas. Desde un punto de vista sociológico, un desastre puede entenderse como una situación que forma parte de una categoría más amplia que produce una importante tensión colectiva. Esta tensión colectiva, sería disparada cuando varios miembros de un sistema no reciben apoyo (Labra y Maltáis, 2013).

Intervención ante la catástrofe.

En todos los casos de catástrofe es posible intervenir para atenuar los efectos negativos o evitarlos (Myers, 2006). En términos de prevención, los expertos recomiendan a la sociedad medidas básicas y universales como las siguientes:

1. Elaborar planes de emergencia para los servicios de asistencia gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de que estén en condiciones de actuar rápida, eficaz y coordinadamente.
2. Crear equipos de intervención especializados en cada tipo de desastre, en especial las que ocurren constantemente en la región.
3. Poner en marcha sistemas de monitoreo para detectar las señales de catástrofe inminente, por ejemplo, actividad volcánica o formaciones meteorológicas antecesoras de huracanes.

4. Estudiar sistemáticamente la región para identificar y eliminar las situaciones o los objetos que puedan agravar los efectos peligrosos, por ejemplo, limpiar las ramas secas de los bosques para evitar incendios, reforestar zonas susceptibles de inundación, etcétera.
5. Preparar a la población por medio de conferencias, programas de radio y televisión, manuales, anuncios impresos y ejercicios de simulacro en los edificios públicos, para actuar adecuadamente.
Además, es recomendable que las autoridades regionales, apliquen medidas como las siguientes:
6. Identificar todos los peligros potenciales para la región, crear planes para reducirlos y actuar en caso de que se hagan realidad.
7. Levantar mapas de las zonas vulnerables a catástrofes, como inundaciones, deslizamientos, avalanchas, etcétera.
8. Crear un programa de entrenamiento del personal local para responder a emergencias, así como ejercicios de simulacro para poner a prueba sus capacidades.
9. Aplicar un programa de educación pública para actuar en caso de desastre.
10. Organizar y mantener sistemas de comunicación, incluyendo uno para alertar a las autoridades y a la población sobre riesgos eventuales. Establecer un sistema de información pública de emergencias.
11. Crear planes para definir las condiciones que podrían constituir una emergencia.
12. Elaborar un inventario del personal y de los recursos del gobierno y del sector privado que pueden estar disponibles en situación crítica.
13. Organizar y mantener un albergue, incluyendo sistemas de recepción y cuidado de la población.
14. Establecer acuerdos de cooperación con otras entidades para proporcionarse mutuamente servicios, equipo, personal y otros recursos en caso de emergencia.
15. Elaborar programas regionales y nacionales para asegurar asistencia técnica y financiera.

Durante la catástrofe misma hay también un conjunto de reglas que deben ser respetadas. Las experiencias acumuladas subrayan la importancia de instruir al ciudadano en un conjunto de normas básicas sobre cómo comportarse en el momento del desastre, así como enseñarle a conocer la organización general de su país y la manera como reaccionaron los servicios públicos. Los expertos recomiendan que se proporcione a la población una serie de recomendaciones simples, formuladas en lenguaje llano. Myers (2006), considera esencial un plan de salud mental como parte del auxilio que se proporciona después de una catástrofe, el cual debe coordinar las respuestas de todos los especialistas y organizaciones en este campo que participen en el servicio. Recomienda que cada entidad gubernamental (municipio, ciudad, estado, país) cuente con un plan de salud mental integrado a los planes de emergencia para catástrofes, tal como sucede en Estados Unidos. Dicho plan debe especificar las funciones, responsabilidades y relaciones de las diversas entidades participantes. Asimismo, Myers recomienda ofrecer los servicios de salud mental a los sobrevivientes, incluyendo un programa de manejo de crisis en los albergues, locales donde se distribuyen alimentos, hospitales, centros de primeros auxilios y oficinas del médico legista. En el largo plazo, estos apoyos deben integrarse con otros servicios humanitarios destinados a los

sobrevivientes. Finalmente concluye que la participación del psicólogo en las actividades enumeradas anteriormente es fundamental, incluyendo el apoyo a los rescatistas y voluntarios que participan en las diferentes labores de asistencia.

Sismos, temblores y terremotos.

Ahora de forma particular y centrando el tema de catástrofes en los terremotos, la real academia española, indica que los terremotos, los sismos y los temblores son sinónimos, sin embargo, en algunos países se puede diferenciar un terremoto de un temblor debido a su intensidad, es decir, se habla de un temblor cuando su magnitud es de 6 o menor, y nos referimos a un terremoto cuando su escala es mayor a 6. El temblor hace referencia a un fenómeno de sacudida brusca y pasajera de la corteza terrestre producida por la liberación de energía acumulada en forma de ondas sísmicas. Mientras que un terremoto puede causar desplazamientos de la corteza terrestre, corrimientos de tierras, maremotos (o también llamados tsunamis) o la actividad volcánica, esto se debe a su origen y su intensidad. Para medir la energía liberada por un terremoto se emplean diversas escalas, entre ellas, la escala de Richter, la cual es la más conocida y utilizada por los medios de comunicación.

México y su historia sísmica.

La República Mexicana ha afrontado diversos terremotos. Donde el primero que fue reportado se le denomino el sismo del Ángel, el cual ocurrió en el Sureste de Acapulco con una magnitud de 7.8, el 27 de julio de 1957. Este sismo provocó la caída del monumento a la Independencia inaugurado en 1910 por Porfirio Díaz en la Ciudad de México. Además de ser la Ciudad de México, el lugar donde se registró un saldo de 700 muertos y 2,500 heridos. El 28 de marzo de 1787, ocurrió el sismo más grande en México también se le conoce como “el gran tsunami mexicano”, con una magnitud de 8.6 grados en las Costas de Oaxaca, dicho sismo provocó uno de los mayores daños en la historia de Oaxaca, al inundarse todo a su paso hasta seis kilómetros tierra adentro, cerca de Pochutla, hoy Puerto Ángel, y se extendió aproximadamente a lo largo de los 450 kilómetros que abarcan las costas oaxaqueñas, en los reportes no se mencionan pérdidas humanas debido a que no era un lugar con gran población.

El sismo de 1985, que ocurrió en septiembre del año antes mencionado teniendo una magnitud de 8.1 en las Costas de Michoacán; sin embargo, la mayoría de las afectaciones y pérdidas humanas se concentraron en la capital del país. Dentro de las cifras oficiales dijeron que durante el sismo fallecieron 5,000 personas, no obstante, otras estimaciones arrojan más de 10,000 decesos, cerca de 50,000 heridos, al menos unas 250,000 personas sin hogar, más de 770 edificios colapsados o severamente dañados y pérdidas económicas que representaron el 2.1% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional y el 9.9% de la Ciudad de México.

En Ometepec, Guerrero sucedió el sismo con más réplicas de la historia, teniendo una magnitud de 7.5, el 20 de marzo de 2012 que se distinguió por haber tenido la mayor cantidad de réplicas registradas en terremotos mexicanos, con 44 eventos de magnitud superior a 4.5 durante los primeros 30 días que siguieron a su ruptura. En comparación con el sismo de 1985, este sismo

tuvo tres veces más réplicas en ese rango de magnitud. El sismo denominado “El Mayor-Cucapah” ocurrió en Mexicali Baja California el 4 de abril del 2010 con una magnitud de 7.2 grados. Este sismo rompió una falla de corrimiento lateral derecho con 120 kilómetros de longitud en dirección a la ciudad fronteriza. Durante el sismo sólo se registraron dos decesos, cerca de 100 lesionados y daños severos en la infraestructura de canales de riego, vivienda, carreteras, puentes, escuelas y hospitales, entre otros. El 19 de noviembre de 1912 en Acambay Estado de México ocurrió el sismo de Acambay, teniendo una magnitud de 7 grados. Los daños fueron muy importantes en la región, donde la escasa infraestructura y varios poblados quedaron severa o completamente destruidos. Los sismos de 1999 ocurrieron en Puebla con magnitud de 7 grados y en Oaxaca con magnitud de 7.5 grados, el 15 de junio y 30 de septiembre de 1999 respectivamente. Según fuentes oficiales, ambas sacudidas causaron la muerte de 52 personas, además de provocar la caída de miles de casas de adobe y generar daños severos a monumentos históricos, hospitales y escuelas. El sismo de Xalapa ocurrido el 3 de enero de 1920 en Xalapa Veracruz con una magnitud de 6.4 grados provocó la muerte de más de 600 personas ocasionadas por deslaves en las laderas del Río Huitzilapan, por lo que representa el segundo sismo más mortífero en la historia de México, sólo después del gran sismo del 19 de septiembre de 1985 (Meza, 2015).

Recientemente en el año 2017, en el estado de Chiapas y Oaxaca se registró un sismo de 8.2 en la escala de Richter, considerado uno de los de mayor intensidad en los últimos 100 años, con casi un millón de damnificados, 78 muertes en Oaxaca, 16 en Chiapas y 58 367 viviendas con daño total o parcial (Álvarez y Medina, 2018). Y un segundo evento, ocurrió el 19 de septiembre del mismo año, donde el Servicio Sismológico de México reportó primero un sismo de magnitud 6,8 con epicentro en el estado de Puebla, que después fue corregido a magnitud 7,1 en el límite entre los estados de Puebla y Morelos. Este terremoto ocurrió a solo dos semanas después del sismo de mayor magnitud en casi un siglo, y exactamente a 32 años del sismo más mortífero en la historia del país, ocurrido el 19 de septiembre de 1985. Luis Felipe Puente, coordinador nacional del Protección Civil de la Secretaría de Gobernación, informó al *The New York Times*, que al momento hay 147 personas muertas: 49 en Ciudad de México, 32 en Puebla, 55 en Morelos que limita con Puebla, 9 en Estado de México y uno en Guerrero. También mencionó que hay 44 sitios con colapsos en la capital del país. (https://www.nytimes.com/es/2017/09/19/temblor-sismo-mexico/).

Impacto emocional ante el desastre.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, ahora Instituto Nacional y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, evaluaron el impacto que tuvo el sismo de 1985, encontrando en la población valorada (524 sujetos) que el 32 % presentaba estrés postraumático. En una segunda evaluación, con 641 personas que se encontraban en albergues en la Ciudad de México, el 96% había tenido pérdidas materiales, el 28 % a familiares y amigos, así como presentar estrés postraumático, 18% ansiedad generalizada y el 14 % estados depresivos. También menciona que, en México, existe un 13 % de la población urbana que estuvo expuesta a una situación de desastre

la cual oscila entre los 18 y 65 años, y se encontró que la exposición a estos eventos se asoció con niveles importantes de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en el año del desastre.
Mientras que, Padilla (1986) indica que, en la investigación realizada por el programa de atención psicológica del IMSS, sobre las características epidemiológicas del daño; detecto que la población cubierta presentaba en 73% de los casos crisis leves y compensadas. De esta población el 16% sufrió crisis que presentaba descompensación moderada, mientras que el 11% presentaba descompensación aguda.

De igual manera, Slaikeu (2000), afirma que los síntomas posteriores a un desastre son concomitantes con la ansiedad y la depresión. Esto hace pensar que, aunque la variedad en los eventos desencadenantes de crisis es múltiple, incluso dentro de los mismos desastres la crisis se puede desatar por la pérdida de vidas, las pérdidas materiales, las desapariciones, etc., y hay ciertas características similares en la vivencia de las crisis, ellas son: desorden, negación, intrusión, translaboración y terminación. El desorden es entendido como el conjunto de conductas emitidas justo después del desastre; la negación, que puede funcionar como una manera de atenuar el impacto del desastre, consiste en un intento de omisión de la realidad latente por el desastre; la intrusión se define como un abarrotamiento de ideas y sentimientos de dolor, aparición de pesadillas y flashbacks, entre otros; en la translaboración las personas logran expresar los pensamientos, los sentimientos e imágenes que habían permanecido guardadas y que ahora empiezan a tener un nuevo significado; finalmente la terminación llamada también nuevo comienzo (Bridges, cit. en Pineda y López-López, 2010), consiste en un momento de reintegración o adaptación de la experiencia vivida a la historia de vida. Aunque no necesariamente todas las víctimas de un evento catastrófico viven todas estas fases de las crisis, los modelos de atención aquí citados sí se han creado a partir de estas categorías de transición; todas con el objetivo de responder tanto a las necesidades inmediatas como de procurar la salud mental de las personas (Slaikeu, 2000).

Además, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, señaló que la depresión se ve asociada con quienes han tenido una pérdida familiar, una propiedad o un trabajo, así como el riesgo de abuso de sustancias. Pero existen otros factores de riesgo como los trastornos mentales previos, la personalidad, la edad más joven, el bajo nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado de grupo minoritario y el género femenino, mientras que el apoyo social es considerado como un factor protector. Ante dichas descripciones, es necesario considerar de importancia las redes de apoyo y las intervenciones comunitarias, que ayudan a la reconstrucción material y social, por lo que es relevante considerar la autogestión de la población y fortalecer los mecanismos de resiliencia en la comunidad.

Psicólogos mexicanos ante los desastres.

Aunque el país ha enfrentado suficientes sismos, es el terremoto de septiembre de 1985, donde se muestran los trabajos que realizaron la población y diversos profesionistas entre ellos los psicólogos ante quien necesitaba ayuda. Esto se debe a que como menciona Ducci (1986), la reacción del gobierno fue prácticamente nula y después de los primeros momentos de estupor fue

la población civil, quien se lanzó a la calle en busca de parientes, amigos, o simplemente a ver cómo se podía ayudar "a quien fuera". La población tomó la ciudad y empezó el salvamento de las víctimas, organizándose espontáneamente, sin ningún orden y de acuerdo a las posibilidades de los voluntarios que se presentaban en cada sitio; de esta forma todos se volcaron a la labor humanitaria de ayudar, en cualquier forma, a los vecinos en desgracia; los canales de televisión y las estaciones de radio daban constantemente nombres de personas localizadas y su estado, pedían ayuda para los lugares donde los equipos de salvamento la estaban solicitando, calmaban a la población rogando que no se acercaran a las áreas más dañadas para no obstaculizar el rescate y la remoción de escombros, etc.; las universidades formaron grupos de auxilio, de traslado de víveres y equipo, de técnicos para evaluar los daños y el potencial peligro en las edificaciones; las empresas privadas y personas que contaban con equipos o especialidades que podían ser útiles para el salvamento se ofrecían por los medios de comunicación; las iglesias y escuelas organizaron recolección y entrega de comida, ropa, abrieron albergues temporales, etc.

Hablando específicamente de la salud mental y en cuestión de números fueron casi 2,000 psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales participaron en el auxilio de más de 12,700 personas ubicadas en viviendas provisionales y campamentos. Se atendió adicionalmente a 5,700 personas en otros lugares, así como a 2,500 rescatistas. También funciono un servicio telefónico de asesoría, el cual atendió más de 4,500 llamadas (Tovar, 1985).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) puso en práctica un programa para la superación de crisis psicológicas dirigido a los damnificados, así como quienes presentaban crisis psicopatológicas agudas. El programa se puso en práctica en albergues, fábricas, y el espacio comunitario en general. La mayor parte de los beneficiarios fueron derechohabientes de esta institución. El programa de atención preventiva y terapéutica se llevo acabo por medio de la participación comunitaria, se capacitó a cerca de mil promotores de salud y a cien supervisores sobre las respuestas colectivas más comunes frente a los desastres, las características psicológicas del duelo individual y las técnicas de intervención en crisis. (Pucheu, 1986). El DIF llevo a cabo un programa de atención a las necesidades psicológicas de los damnificados que llegaron a sus albergues. Este programa fue apoyado por un equipo interdisciplinario del Instituto Nacional de Salud Mental (Martínez, 1986).

Por otra parte, diversas dependencias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) presentaron ayuda psicológica. La Facultad de Psicología puso en práctica un servicio telefónico con escaso éxito y elaboro un manual de atención psicológica a escolares. (Grupo Prospectiva, 1986). La Facultad de Medicina y la Dirección de Servicios Médicos prestaron ayuda psicológica a la población en de alto riesgo. La Facultad de Estudios Superiores Iztacala, constituyó un comité de auxilio que se dividió en tres comisiones: información y enlace, abastecimiento y asesoría psicológica:

a) Comisión de información y enlace. Constituyó en centro de recopilación de información con los objetivos siguientes:

1) Concentrar informes sobre los servicios ofrecidos por diferentes organizaciones o personas a los grupos de auxilio y rescate y a los damnificados.

2) Concentrar informes sobre las solicitudes de ayuda de los equipos de auxilio y rescate y de los grupos de damnificados.

3) Canalizar las brigadas de auxilio psicológico de Iztacala a los demandantes de ayuda.

4) Poner en contacto a los solicitantes de apoyo con las instancias que lo ofrecían, según las necesidades, o viceversa.

En las condiciones caóticas que reinaban en la ciudad este trabajo fue de importancia fundamental en los días que siguieron al sismo.

b) Comisión de abastecimiento. Su función principal consistió en distribuir agua, alimentos, medicinas y ropa en las zonas de desastre y organizar un servicio de atención psicológica especializada en crisis.

c) Comisión de asesoría psicológica. La cual organizó brigadas integradas por al menos un profesor y un número variable de estudiantes con experiencia práctica. La existencia de una organización académica y de una experiencia práctica acumulada en las áreas de psicología social aplicada, desarrollo y educación, psicología clínica y educación especial y rehabilitación fue de importancia fundamental. La estrategia de trabajo siguió dos pasos:

1. Localizado un albergue, enviar a él una brigada de diagnóstico con la misión de evaluar sus necesidades.

2. Con base en los datos anteriores, conformar una brigada de trabajo con la misión específica de diseñar un plan de acción para el albergue diagnosticado y aplicarlo mientras fuera necesario (Galindo, 2009).

Galindo (2009; cit. en Ramos y Rea 2017) señala que cada quien hizo lo que pudo y la mayoría de las veces no supo si su tarea tuvo efectos positivos. Y que, aunque los psicólogos que todavía no eran valorados y que no tenían claro en qué consistían sus servicios, y aún más importante, no existían protocolos sobre, ¿cómo ayudar en una situación de emergencia provocada por un desastre natural? Y a pesar de eso al igual que el resto de la población el gremio se sintió responsable de salir a atender las situaciones emocionales en medio de la tragedia.

Por su parte, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) preparo a psicólogos profesionales y voluntarios en la asistencia en situaciones de crisis por medio de los seminarios de formación de emergencia (Carrillo, 1986). Sus objetivos fueron proporcionar los instrumentos teóricos, técnicos y operacionales para enfrentar las emergencias psicológicas, individuales y colectivas. Un grupo trabajó en colaboración con UNICEF en la preparación de maestros como agentes de salud para la prevención de la enfermedad mental en niños. También participo en la ayuda psicológica en diversos niveles y de diversas formas la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Una tesis que orientó buena parte de su acción fue que los medios de comunicación masiva tuvieron el principal papel etiológico en el trauma psicológico observado después de los sismos (Palacios, Cueli y Camacho, 1986). La ruptura de la comunicación telefónica

nacional llevo a una sobrecarga emocional de los canales de comunicación masivos aunado a la magnitud ya de por sí desproporcionada del desastre. Se calculó que en horas pico, los sismos atrajeron la atención de más de 20 millones de telespectadores, así como del total de la población nacional por radio. En esta forma el trauma psicológico fue magnificado, más aún después del segundo sismo. Ante esta tesis algunos miembros de la APM se abocaron principalmente a la atención de la población joven, considerada como la más afectada. En un programa especial dirigido a niños, se abarcaron 48 escuelas (Cuevas y Noriega, 1986) con terapia grupal. Dupont (1986) también menciona que la APM también trabajo en la capacitación de multiplicadores de asistencia psicológica en la asistencia directa a damnificados en los albergues, así como en casos especiales de damnificados que estuvieron atrapados en los escombros (Remus, 1986).

Después de la reacción casi instintiva que manifestaron los psicólogos al momento del sismo; en el 2004, Reyes y Elhai, presentan 5 tipos diferentes de intervención para la atención en desastres. En primer lugar, la *atención en crisis* centrada en mitigar el estrés emocional, vincular a los sobrevivientes con los recursos disponibles en la comunidad, y ayudar a la creación de un plan de recuperación a corto plazo en el que se aseguren las necesidades básicas para procurar un bienestar futuro. En segundo lugar, la *psicoeducación*, como herramienta de prevención para el actuar postdesastre, se propone preparar a las poblaciones en riesgo para afrontar los desastres de manera asertiva, clara y eficaz; esta preparación se dirige a líderes comunitarios y se difunde en todos los medios posibles. En tercer lugar, los autores presentan el *debriefing psicológico*, cuya intención es que por medio de un interrogatorio dirigido por un profesional las personas expresen la manera como vivieron la experiencia del desastre y se realiza de manera individual o en grupo. El *defusing* como cuarta estrategia, que propone a manera de metáfora desactivar el mecanismo que pueda activar “la bomba” de la psicopatología, facilitándole a la víctima del desastre un espacio para la expresión emocional. Finalmente, los *primeros auxilios psicológicos*, no necesariamente provistos por los psicólogos sino por cualquier persona entrenada, tienen la intención de proporcionar apoyo, evitar la muerte y direccionar a la persona hacia un servicio más profundo y especializado.

Myers en el 2006 puntualiza que la respuesta debe ser inmediata, eficaz y coordinada por las organizaciones gubernamentales, internacionales o privadas encargadas de la atención social para ayudar a las víctimas. Esta respuesta debe ser expedita, puede extenderse durante meses y abarcar labores de reconstrucción. Aunque es necesario señalar que un desastre es un evento complejo que incluye componentes humanos, burocráticos y políticos, y los procedimientos y recursos comunes con los que cuenta la comunidad no son suficientes para controlar los efectos secundarios que se suceden rápidamente después de ocurrida la catástrofe. Las relaciones entre grupos, organizaciones, agentes gubernamentales y personas cambian radicalmente, al igual que la división del trabajo y las exigencias de la sociedad afectada; por lo que es primordial una coordinación especial de las personas y organizaciones que colaboran; generalmente, las autoridades locales se ven desbordadas y son incapaces de reaccionar rápida y adecuadamente por varias razones. Por esta razón, que Myers (2006), recomienda definir los papeles, responsabilidades, recursos e

interrelaciones de las principales organizaciones que participan en el rescate y la reconstrucción, subrayando que las capacidades clínicas por sí solas no garantizan un trabajo eficiente.

Mientras que, en el 2010, Figueroa, Marín y González, señalan que no necesariamente todas las víctimas de desastres sufrirán psicopatologías, la atención en primeros auxilios psicológicos y la intervención con terapias centradas en el trauma son una tarea indispensable para disminuir el impacto del desastre.

Como resultado para el país, el sismo de septiembre de 1985 fue el que condujo a la psiquiatría y a la psicología dentro del campo de la salud pública a un primer plano de una manera insólita. Así pues, la producción de conocimiento psicológico acerca de la atención posterior al desastre no puede ser ajena al sufrimiento humano y fija su objetivo en la intervención en crisis producida por eventos circunstanciales y severos, como pueden serlo un terremoto, una erupción volcánica, una tormenta, etc. (Pineda y López, 2010).

En consecuencia, ante los eventos sucedidos en México el 7 y 19 de septiembre el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” es comisionado para dar atención a la salud mental, a aquellas personas que son afectadas en situaciones críticas y de desastre, y de esta forma considerar la atención de la salud mental como parte integral de las acciones de la Secretaría de Salud. Por lo tanto, el diseño de los nuevos programas ante situación de desastres y atención a la salud mental tiene como objetivo organizar y coordinar la respuesta de la sociedad civil que permita una mejor atención a las necesidades presentadas (Álvarez y Medina, 2018).

También Ahued (2018), menciona que el área de salud es una actividad prioritaria para el gobierno de la Ciudad de México (CDMX), durante y tras el sismo de 19 de septiembre, la Sedesa, los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y la Agencia de Protección Sanitaria de la CDMX instrumentaron un plan de atención integral que comprendió acciones sociales, médicas y sanitarias. Por lo anterior, se desplegaron brigadas de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, verificadores sanitarios y personal administrativo debidamente identificados por toda la Ciudad para auxiliar a la población. Dentro de las actividades desarrolladas se habilitó el Centro de Medicina a Distancia en las instalaciones de Locatel, donde se brindó orientación y asesoría telefónica a la población, y se recibieron y monitorearon las solicitudes de atención a la salud que los afectados presentaban. Asimismo, se puso en marcha el programa “Estoy contigo”, que brindo apoyo psicológico y emocional a través de dos vertientes: por un lado, la línea telefónica de Medicina a Distancia y, por otro, psicólogos que se incorporaron a las brigadas médicas, que incluyeron al programa “El médico en tu casa” que, a la fecha de corte, realizaron acciones en las zonas afectadas, lo que dio un total de 19 000 atenciones a adultos y niños con problemas emocionales. A partir de las jurisdicciones sanitarias, se organizaron 2 100 brigadas de atención médica integral, coordinadas por la Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva. Además, se instalaron 22 carpas de atención integral en nueve delegaciones políticas, en donde se proporcionó servicio médico, atención psicológica, curaciones y vacunas.

Sin embargo, en una entrevista realizada al Dr. Álvarez (2018) señala que fue un verdadero caos la reacción ante los sismos del 2017. Comenta que los programas previamente establecidos y que ya tenían una tradición en la atención psicológica a las victimas de desastres fueron ignorados, obstaculizados, ridiculizados, menospreciados y que en el mejor de los casos se obligo a tomar iniciativas a pesar de las contrariedades que las autoridades promovían en general. Luego prometieron cosas que no se cumplieron, ya que solo les interesaban en los casos manipulados por los medios; por ejemplo, el caso de la niña Frida de la Escuela Rebsamen y buscar la numeralia que justificara sus acciones con el único fin de llenar formatos y estadísticas que los pudieran justificar ante la opinión pública. A pesar de dicho caos el Doctor menciona que ante estos eventos también surgieron grupos espontáneos de psicólogos orientados por colegas con experiencia en atención psicológica en desastres, que, a pesar de las contrariedades, hicieron trabajos de bajo perfil junto con organismos tan prestigiados como la Cruz Roja, Médicos sin Fronteras y otras organizaciones civiles o religiosas que los damnificados aceptaron desde el inicio y de muy buena forma.

Finalmente y como resultado del trabajo ya sea de forma instintiva o a través de una formación específica realizado ante los temblores, hoy se sabe que una persona que se enfrenta a un sismo o a otro tipo de desastre natural, puede llegar a adquirir desórdenes psiquiátricos a corto y largo plazo, y depende del grado de exposición que tenga la persona con el evento, las experiencias previas que puedan tener y de algunos otros factores relacionados con la respuesta que se pueda generar en el individuo. Algunos efectos pueden ser estrés agudo y ansiedad en una primera etapa, trastorno por estrés postraumático, depresión y abuso de sustancias meses después o incluso riesgo suicida, incluso hasta al año de haber vivenciado la experiencia. Dicha situación lleva a pensar que una intervención psicológica temprana ayudaría en mucho a mitigar los efectos negativos que tienen los desastres en la salud mental de la población, pensando en hacer una evaluación de forma grupal, en lugar de hacerlo individualmente, así como recuperar las condiciones sociales y económicas, ya que esto ayuda a mejorar en mayor medida en la protección de la salud mental.

Referencias.

Álvarez, J.(marzo-2018). Entrevista “Terremotos de 1985 y 2017 en la Ciudad de México”. *"Patrimonio": economía cultural y educación para la paz (MEC-EDUPAZ)*, *1*(13), 261-272. Recuperado de: http://revistas.unam.mx/index.php/mecedupaz/article/view/63940/56116.

Álvarez, D. y Medina, M. E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. Vol. 6 (1). Salud pública de México. Tlalpan; México.

Ahued, A. (2018). Terremoto en México: la respuesta en salud del gobierno de la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 60 (Supl. 1), 83-89.

Campuzano, M., Carrillo, J. A., Díaz Portillo, I., Döring, R., Dupont, M. A., Islas Mendizábal, L. y Tubert, J. (1987). Breve interludio teórico. Los desastres naturales y sus repercusiones psicológicas. *Psicología para casos de desastre, Prólogo de Elena Poniatowska, Editorial Pax-México, México, DF*.

Carrillo, J. (1986). Lo que el sismo develo. México:AMPAG. (inédito).

Cuevas, P. y Noriega I. (1986). Efectos del desastre civil en la ciudad de México, intervención psicológica, asesoría y participación en escuelas. México: APM. (inédito).

Ducci, M. E. (1986). El terremoto en México y las tareas de reconstrucción. ¿Una lección para América Latina?. *Revista EURE-Revista de Estudios Urbano Regionales*, *13*(38).

Dupont, A. (1986). Capacitación de voluntarios como promotores de salud mental en situaciones de crisis, mediante técnicas grupales. México: APM. (Inédito).

Galindo, E. (Ed.) (2009). Intervención de los psicólogos de la UNAM Iztacala después de los sismos de 1985 en México. México: AMAPSI Editorial.

Figueroa, R., Marín, H., y Gonzáles, M. (2010). Apoyo Psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metanálisis. Revista Médica de Chile, 138, 143-151.

Grupo Prospectiva. (1986). Prospectiva de los servicios de Salud a partir de los sismos de septiembre de 1985. México: Coordinación de la Investigación científica, UNAM. (Cuadernos del PUIC, 2).

Labra, O y Maltáis, D. (diciembre-2013). Consecuencias de los desastres naturales en la vida de las personas: síntesis de la literatura y orientaciones para la intervención psicosocial. En Revista Trabajo Social. 85. 53-67.

Martinez, I. (1986). Programa de prevención y minimización de daños a población afectada por el desastre. México: DIF. (Inédito).

Meza, N. (2015). Los 8 sismos más catastróficos en la historia de México. En Forbes, México. Recuperado de: https://www.forbes.com.mx/los-8-sismos-mas-catastroficos-en-la-historia-de-mexico/.

Myers, D. (2006). “Disaster response and recovery: a handbook for mental health professionals.” Monterey, California. [http://www. empowermentzone.com/disaster.txt].

Padilla, P. (1986). Frecuencia de trastornos psicológicos en sectores de la población afectada por los sismos. Análisis de indicadores obtenidos del IMSS. México: IMSS. (Inédito).

Palacios, A., Cueli, J. y Camacho J. (1986). The Traumatic Effect of Massive Communication in the Mexico City Earthquake. Crisis Intervention and Preventive Measures. México: APM. (Inédito).

Pineda, C., & López-López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: Más que un" guarde la calma". Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia psicológica*, *28*(2), 155-160.

Pucheu, C. (1986). Desastre sísmico y crisis psicológicas. Modelo de intervención preventiva desarrollado por el IMSS. México:IMSS. (Inédito).

Ramos, A.C. y Rea, D. (octubre-2017). El cuidado después del sismo. En Pie de página. Recuperado de: https://piedepagina.mx/el-cuidado-despues-del-sismo.php.

Remus, J. (1986). Reflexiones psicosociales sobre salud mental en la investigación de casos de atrapamiento del terremoto de septiembre. México: APM. (Inédito).

Reyes, G., y Elhai, D. (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41, 399–411.

Slaikeu, K. (2000). Intervención en Crisis. México: Manual Moderno.

Tovar, H. (coord.) (1985). Programa de Salud Mental relacionado con el desastre: informe de acciones desarrolladas. (25 de septiembre a 15 de octubre). México: SSA. (Inédito).

Un fuerte terremoto sacude México; hay un centenar de muertos. (19 de septiembre del 2017). The New York Times Es. Recuperado de https://www.nytimes.com/es/2017/09/19/temblor-sismo-mexico/.

Marco ético-jurídico ante las situaciones de desastres naturales en México

Alba Luz Robles Mendoza, UNAM FESI

Introducción.

Después de la ocurrencia de un desastre natural, la mayoría de los gobiernos nacionales se ven obligados a utilizar parte de sus recursos económicos públicos para la reconstrucción de las viviendas y prevención de posibles réplicas en poblaciones vulnerables buscando, en la medida de lo posible, el restablecimiento de las estructuras sociales del país.

Cuando los desastres son de gran magnitud, los países que carecen de recursos suficientes se ven obligados a solicitar ayuda a otros países, a organizaciones internacionales o a asociaciones no gubernamentales, canalizándose a través de donaciones y préstamos económicos a corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, la necesidad de contar con protocolos nacionales de atención en casos de catástrofes nacionales es muy importante, ya que permitirá conocer los procesos y reglas de funcionamiento de los regímenes administrativos nacionales y regionales para este tipo de ayuda, que impacte en las dotaciones presupuestarias de la nación.

La relevancia de la ética de las y los profesionales involucrados así como de las aseguradoras financieras públicas y privadas que sostienen las circunstancias propias del desastre natural, requieren de sistemas reguladores jurídicos y económicos de carácter gubernamental, que permitan una mayor agilización en los recursos, de forma transparente y socialmente extendidas.

Países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Noruega y Bélgica dan cuenta de este tipo de mecanismos de acción gubernamental y no gubernamental, antes y después de eventos catastróficos de índole natural, fortaleciendo la creación de mecanismos de financiamiento de las actividades de rehabilitación y recuperación de zonas afectadas a través de aseguradoras públicas. Las regiones de América Latina y el Caribe son las que mayormente se han visto involucrados en desastres naturales como huracanes, inundaciones, terremotos, deslizamientos de tierra y erupciones volcánicas dejando saldos de más de 45,000 muertos, 40 millones de damnificados y daños mayores a 20 millones de dólares. Con un promedio de 40 desastres por año, es la segunda región, después de Asia, con mayor frecuencia en desastres naturales (Clarke *et al*, 2000. Citados en: Szlafsztein, 2006).

El desarrollo económico y social de los países se ven obstaculizados si no se adoptan las medidas necesarias para mitigar los impactos de estos desastres. Es necesario fortalecer la capacidad de resistencia frente éstas a través de marcos jurídicos y acciones concretas en la posibilidad de ocurrencia de los desastres naturales, previniendo las consecuencias de mayores costos para la nación.

Marco conceptual en casos de desastres naturales

Se entiende al medio ambiente como un sistema de elementos que se hallan en permanente interacción y que determina las condiciones de existencia de sus elementos en un sistema total y único. Cuando en su dinámica o proceso de interacción ocurren cambios, transformaciones o alteraciones que no son posibles de absorber por falta de flexibilidad o capacidad de adaptación, surge una crisis, que puede presentarse como consecuencia de una reacción en cadena de influencias, denominada "desastre", calificativo que depende de la valoración social que la comunidad le asigne, siendo, en todos los casos, un impacto ambiental desfavorable (Carmona, 1996).

Diferentes culturas han desarrollo una fascinación por la observación del universo, relacionando las estrellas, cometas, eclipses y otros fenómenos celestes con sucesos trascendentales, que influirían directamente en la vida de las personas. Bajo esta óptica, la palabra desastre tuvo su origen en las raíces griegas *des* y *aster*, que significan: negación y astro. La negación de los astros a la buena fortuna de las personas y por ende un augurio del inicio de calamidades y fatalidades correlacionadas. Con el surgimiento de las religiones, los desastres pasaron a ser atribuidos al castigo divino, a la ira de Dios y ya no a las conjunciones estelares o al paso de cometas. Sin embargo, a pesar de los avances científicos y tecnológicos actual, todavía se encuentra limitada la capacidad para pronosticar con exactitud dónde y cuándo se manifestarán los desastres y con qué intensidad impactarán (Ulloa, 2011).

Los conceptos de vulnerabilidad o predisposición a la afectación y la capacidad de recuperación o resiliencia tienen un papel fundamental en estos desastres, debido a su significativa relación con la posible ocurrencia de discontinuidades. El concepto va ligado al de seguridad humana, en el sentido que aquellas comunidades que se consideran más seguras, son también las más resilientes. Se define a la vulnerabilidad como el grado de resistencia y/o exposición de un elemento o de un conjunto de elementos frente a la ocurrencia de un peligro o amenaza. Las capacidades son esenciales para que las comunidades puedan incrementar sus niveles de organización y resistencia para enfrentar y recuperarse de los eventos adversos de los desastres. Esta resistencia se conoce también con el nombre de resiliencia y conceptualmente se define como la capacidad que tiene una sociedad o un ecosistema de absorber el impacto negativo de un evento adverso y recuperarse del mismo.

Estas discontinuidades en el medio ambiente, pueden considerarse de tres tipos: los que nunca han ocurrido y cuya ocurrencia es demasiado remota, como la aparición de un "hueco" en la capa de ozono en la Antártida; los que nunca han ocurrido, pero cuya ocurrencia es probable, como el calentamiento por el efecto invernadero; y los que, por analogía histórica o por su razonable entendimiento, pueden ser previsibles, como los terremotos, las erupciones volcánicas, los huracanes, inundaciones, avalanchas o procesos de contaminación y eventos tecnológicos, que en general son fenómenos de origen natural o antrópico o una combinación de ambos. (Munn, 1988. Citado en Carmona, 1996).

Se entiende al riesgo como la suma de las posibles pérdidas que ocasionaría un desastre en términos de vidas, condiciones de salud, medios de sustento, bienes y servicios, en una comunidad o sociedad particular. Está en función de la amenaza, peligro o vulnerabilidad social, y es directamente proporcional a estos factores, siendo dinámico y variable (Ulloa, 2011).

Por otra parte, el término amenaza es usado para describir el peligro latente que representa ante una variedad de fenómenos de origen natural o humano, donde los desastres representan las situaciones o procesos sociales que se desencadenan como resultado de dos factores concomitantes y mutuamente condicionantes. Por una parte, de la inminencia o efectiva ocurrencia de un fenómeno que caracteriza a una amenaza y, por otra, de la vulnerabilidad ante la misma de los elementos expuestos, que no es otra cosa que aquellas condiciones que favorecen o facilitan que una vez materializada la amenaza se causen efectos severos sobre el contexto urbano, ambiental y social, y por tanto, se condensa en un impacto ambiental. Por tanto, un desastre será un impacto ambiental que puede tener una dimensión variable en términos de volumen, tiempo y espacio. Los peligros o amenazas pueden ser de origen natural o generados por los procesos dinámicos propios del planeta, socio-naturales, si afectan a los seres humanos y sus procesos de desarrollo, e inducidos, por la actividad o acción de las personas.

Aunque científicamente todo impacto ambiental intenso podría considerarse como un desastre, se reconoce como desastres sólo aquellos que modifican significativamente el volumen o la distribución de la población o comunidad social. Por ello, los eventos que ocurren en lugares donde no existen asentamientos humanos, no son percibidos como desastres. Sin embargo, puede afectar otras áreas como las ecológicas, económicas y sociales; de ahí la importancia de tomar en cuenta los aspectos relacionados con el manejo y protección del medio ambiente y no sólo los aspectos demográficos, siendo en muchas ocasiones desastres supuestamente naturales pero que son realmente de origen antrópico, es decir, debido a la degradación del medio ambiente (Cardona, 1996).

En un amplio número de países se presentan continuamente fenómenos de origen natural y antrópico que afectan severamente a los asentamientos humanos. Tales efectos son el resultado no sólo de la ocurrencia de los fenómenos, sino de la alta vulnerabilidad que ofrecen dichos asentamientos, como consecuencia de su desordenado crecimiento urbano y del tipo de tecnologías utilizadas en los mismos. El riesgo puede reducirse si se entiende como el resultado de relacionar la amenaza, o probabilidad de ocurrencia de un evento, con la vulnerabilidad o susceptibilidad de los elementos expuestos. Medidas de protección, como la utilización de tecnologías adecuadas no vulnerables, la regulación de usos del suelo y la protección del medio ambiente son la base fundamental para reducir las consecuencias de las amenazas o peligros naturales y tecnológicos. Asimismo, la importancia del marco jurídico que delimite las acciones y medidas preventivas para hacer frente a un desastre natural es de vital importancia.

Marco jurídico internacional en casos de desastres naturales

La promulgación de leyes y normatividades que regulen las instituciones, fondos y fidecomisos nacionales e internacionales en torno a los recursos económicos y humanos que se ocupan posterior a un desastre natural son de vital importancia. La concentración de personas y bienes en zonas geográficas de alta vulnerabilidad de riesgos para desastres naturales, el aumento de las exposiciones y su valor, la deficiencia en la gestión del entorno y la incidencia activa del cambio climático son factores que explican el aumento del promedio en los daños económicos que por las catástrofes naturales se han registrado en estas últimas tres décadas. La contribución y apoyo de instituciones internacionales como lo es el Banco Mundial, y la utilización de mecanismos para financiamiento de riesgo a través de aseguradoras públicas y privadas son algunas soluciones que se han encontrado en diferentes países; los cuales dependerán de su régimen legal y constitucional así como de las particularidades de las catástrofes más comunes para cada uno de los Estados. Consorcio de Compensación de Seguros en el 2008 realizó un análisis de estas legislaciones internacionales, veamos algunas de éstas.

Dinamarca establece en la Ley No. 340/91 de Compensación de Daños Causados por Tormenta, un plan de indemnizaciones de daños causados por inundaciones como consecuencia de la elevación del nivel del mar resultado de eventos ciclónicos. Esta cobertura cuenta con garantía del país y de inclusión obligatoria en toda póliza de seguros, gestionada en el Consejo de Tormenta, órgano estatal nombrado por el Ministerio de Economía, industria y Comercio.

En Austria, se atribuye en la Constitución a los Estados, las competencias para hacer frente a los daños por desastres naturales. Se establece la Ley de 1966, que crea un Fondo de Catástrofes que se financia retirando un porcentaje de los ingresos de los impuestos administrados por el Ministerio de Finanzas. El fondo está destinado a cubrir medidas preventivas y a compensar daños en casos de desastres naturales ocasionados por eventos de inundación, avalanchas, terremotos, deslizamiento de terreno, huracán o granizo.

En Bélgica, se establece en la Ley de 1992, el Fondo Nacional de Calamidades, con objeto de contribuir a la reparación de los daños causados a bienes privados por eventos naturales de intensidad excepcional (inundación o terremotos). Es una ayuda pública a los damnificados cuando los daños no fueran indemnizables por los seguros particulares. El sistema belga está regido por el principio de solidaridad, donde la prevención debe ser respetada tanto por los aseguradores y los poderes públicos como los propios asegurados (relación entre el sector público con el privado). La garantía de tempestad obliga a las pólizas de seguro de riesgos, a intervenir en desastres relacionados con incendios, inundación, terremoto, desbordamiento y obstrucción de alcantarillado público así como deslizamiento y hundimiento de terrenos.

Para el caso de Canadá, los Acuerdos de Ayuda Financiera en Casos de Catástrofes entran en vigor en 1970 y constituye un instrumento legal del gobierno federal en apoyo financiero para emprender programas de ayuda a víctimas de desastres naturales. Los gobiernos provinciales y territoriales deciden el importe y la naturaleza de la ayuda a otorgar a quienes sufrieron pérdidas. Dicha ayuda federal no se da directamente a los particulares afectados, sino a los territorios y provincias para los

gastos de restablecimiento de infraestructura y servicios públicos. La prevención de los riesgos de los desastres naturales recae directamente en las personas, a través de la contratación de pólizas en las compañías de seguros privados reguladas por la Oficina de Seguros de Canadá.

En Estados Unidos, la eventualidad del respaldo del gobierno federal para apoyar a los damnificados es mínima, dejando la responsabilidad a los particulares y sus bienes a manos de la comercialización del seguro por las compañías aseguradoras privadas; sin embargo, podemos rescatar el Programa Nacional de Seguro de Inundación a nivel federal, que establece en el 2004 la Ley de Reforma del Seguro de Inundación y la Ley de Desarrollo Urbano, a cargo de la Agencia Federal de Gestión de Emergencias. También están el Fondo de Catástrofe de Huracanes en Florida y Hawai, y el Fondo de cobertura de Terremotos en California, ambos del ámbito estatal.

Por último, en Japón se estable en la Ley No. 73/66, el Seguro de Terremoto para Viviendas, que contempla la participación de todas las pólizas en un sistema de reaseguro específico, combinando la participación pública y privada. El sistema japonés en este seguro garantiza al asegurado el 100% de la indemnización que le corresponda en caso de quiebra o impago por parte de la compañía con la que tenga contratada la póliza base de incendio o terremoto.

Por otro lado, Szlafsztein (2006) realizó también un análisis de los marcos jurídicos y administrativos en países de América Latina, quienes presentan acciones concretas ante la ocurrencia de eventos de catástrofes naturales, teniendo un papel importante en la prevención, preparación, mitigación y acción frente a estos desastres. Veamos algunos de ellos.

En la República Dominicana, se establece la ley No.147/02, creando el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Respuesta de Desastres, que describe un conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos y programas que ofrecen un marco legal de la gestión de los riesgos en casos de desastres. La Comisión Nacional de Emergencia recibe anualmente del presupuesto general del país, los recursos que constituyen el Fondo Nacional de Prevención, Mitigación y Respuesta ante los Desastres con autonomía administrativa, técnica y financiera.

En Nicaragua, se establece la ley No, 337/2000 creando el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y la Atención de Desastres, con el propósito de realizar acciones destinadas a la reducción de los riesgos consecuentes de los desastres naturales y humanos. La garantía del financiamiento público de estas actividades es establecida a través del Fondo Nacional de Desastres, al cual se designa una parte del presupuesto general del país bajo los controles administrativos del Ministerio de Economía y la Contraloría General de la República.

En Costa Rica, se establece la Ley Nacional de Emergencias No. 7914/99 que regula la actividad extraordinaria que el Estado debe efectuar frente a una situación de emergencia. Se crea la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, la cual es responsable de la organización del Sistema Nacional de Prevención de Situaciones de Riesgo y de Emergencia. Según esta ley, la declaración de estado de emergencia permite un tratamiento de excepción delante de la rigidez presupuestaria, obteniendo el gobierno los recursos económicos y materiales para

socorrer a las personas y los bienes en peligro, teniendo los recursos existentes en el Fondo Nacional de Emergencias.

En Venezuela, se establece la ley No. 1557/2001, que tiene como objetivo regular la organización, competencia, integración, coordinación y funcionamiento de la Organización de Protección Civil y Administración de Desastres, creando el Fondo para la Prevención y Administración de Desastres, relacionado al Ministerio del Interior y Justicia, con el objetivo de administrar los recursos presupuestarios de carácter extraordinario y provenientes de los aportes y contribuciones realizadas a cualquier título por las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras para estos eventos naturales.

En Guatemala, se establece la ley No. 109/96 que establece la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres Naturales o Provocados, con el propósito de prevenir, mitigar, atender y participar en la rehabilitación y reconstrucción por daños causados por desastres. Para desarrollar sus actividades, esta institución utiliza, además de los recursos designados anualmente en el presupuesto nacional, los recursos existentes en el Fondo Nacional para la Reducción de Desastres, establecidos a través de una cuenta específica abierta en el Banco de Guatemala, donde son depositados anualmente recursos provenientes del gobierno nacional, además de las donaciones nacionales e internacionales.

En Bolivia, se establece la ley No. 2140/2000 y 2335/2000 que crean el Sistema Nacional para la Reducción de Riesgos y Prevención de Desastres y/o Emergencias, el cual implementa medidas de carácter institucional y legal que buscan mejorar la capacidad nacional y local para intervenir en la prevención de desastres y manejo de las emergencias. Este sistema está constituido por el Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias, presidido por el Presidente de la República e integrado por los titulares de diversos Ministerios. Para financiar la atención de los desastres, crean el Servicio Nacional de Atención a los Riesgos encargado de administrar los recursos a la prevención de desastres, estableciéndose el Fondo del Fideicomiso para la Reducción de Riesgos y la Atención de Desastres, en donde se reciben partidas anuales del tesoro general de la Nación equivalentes a 0.15% del total del presupuesto general del país.

En Colombia, en los decretos de ley No. 1547/84 y 919/89 se establece Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres manejado por la defensa civil colombiana del Ministerio de Defensa Nacional del país, encargada de prevenir y controlar las situaciones de desastres y calamidades. Para ello, existe una cuenta especial con fines de interés público y asistencia social, caracterizada por su independencia patrimonial, administrativa, contable y estadística, llamado Fondo Nacional de Calamidades, siendo sus recursos manejados a través la Fiduciaria “La Previsora Ltda.”, empresa industrial comercial del Estado, vinculada al Ministerio de Economía.

En Paraguay, se establece en 1993, la ley que crea el Comité de Emergencia Nacional, dependiente del Ministerio del Interior. Tiene como objetivo prevenir y mitigar los efectos de desastres originados por los agentes naturales, así como promover, coordinar, orientar las actividades públicas y privadas destinadas a la prevención, mitigación, respuesta y rehabilitación de las comunidades afectadas por

las situaciones de emergencia. El presupuesto general del país debe proveer los recursos necesarios para el funcionamiento del referido Comité.

En Brasil, se establecen los decretos de ley 97.274/88, 895/93 y 1.080/94 que crean el Sistema Nacional de Defensa Civil, cuyo objetivo es planear y promover la defensa permanente contra las calamidades públicas, integrando la actuación de los órganos y las entidades públicas y privadas que en el territorio nacional ejercen actividades de planificación, coordinación y ejecución de las medidas de asistencia a las poblaciones afectadas por factores anormales adversos, así como de prevención o recuperación de daños en situación de emergencia o en estado de calamidad pública. La ejecución de las actividades de este sistema es financiada a través del Fondo Especial para Calamidades Públicas, concebido como fuente de recursos para actividades de mitigación de desastres.

También, en Chile, se establece la ley No. 369/74 que crea la Oficina Nacional de Emergencia, dependiente del Ministerio del Interior; donde se planifica y coordina el empleo de los recursos humanos y materiales para evitar o aminorar los daños derivados de sismos, catástrofes o calamidades públicas. Además podrá disponer de la adquisición directa de los artículos de la Dirección de Aprovisionamiento del Estado en caso de que se requiera. Asimismo, el Ministerio de Hacienda creará un Fondo de Contingencia para el ingreso y administración de los recursos económicos destinados para estas emergencias.

En Perú, es establece en la ley No. 19.338/72 la creación del Sistema de Defesa Civil como parte de la Defensa Nacional para desarrollar el conjunto de medidas permanentes destinadas a prevenir, reducir, atender y reparar los daños a personas y bienes que causan los desastres naturales o calamidades, siendo un organismo público descentralizado, adoptando en forma permanente las provisiones y medidas para disponer de los recursos necesarios a través de un Fondo Nacional de Defensa Civil para la coordinación de la economía de cooperación externa e interna destinada a estos fines (Capellino, 1988).

Por último, y no menos importante, punto de interés de este capítulo, en nuestro país, México, se crea el Sistema Nacional de Protección Civil que establece las relaciones entre el sector público con las organizaciones de los diversos grupos voluntarios, sociales, privados, la Ciudad de México y los municipios y gobiernos estatales, con el objetivo de efectuar acciones coordinadas, destinadas a la protección de la población contra los peligros y riesgos que se presentan ante de un desastre. El soporte financiero para esta cobertura aseguradora es ofrecido por los recursos presupuestarios anuales de las unidades federativas y municipios. Cuando los efectos de desastres naturales son imprevisibles y la capacidad de soporte es superada, es posible solicitar un apoyo complementario al Fondo de Desastres Naturales del gobierno federal. Este fondo cubre los daños derivados de desastres naturales - geológicos, hidro-meteorológicos e incendios forestales derivados de cualquier fenómeno natural o situación climatológica El Fondo apoya la mitigación de daños sobre activos privados productivos y viviendas, solamente en el caso de población de bajos ingresos sin acceso a seguros públicos o privados. Las viviendas damnificadas o por desastres naturales se reparan y/o

reconstruyen en el mismo lugar donde se encontraban, siendo redistribuidas en caso de asentamientos en áreas de riesgo. Las autoridades son responsables de evitar que nuevas familias se asienten en zonas descritas como “no aptas para uso habitacional”. En caso de presentarse un nuevo siniestro, los recursos del FONDEN pueden generar fuentes transitorias de ingresos, cuando los desastres tengan efecto directo sobre sus posibilidades de empleo y renta, así como destinarse a la consolidación, reestructuración o reconstrucción de monumentos arqueológicos, artísticos e históricos. Parte de los recursos del FONDEN se destinan a socorrer las necesidades para la protección de la vida y la salud, alimentación, suministros de agua en albergues temporales y restablecimiento de las vías de comunicación que faciliten el movimiento de personas y bienes (Szlafsztein, 2006:10-11).

Delante de la alta probabilidad o inminencia de desastre natural que ponga en riesgo vidas humanas cuando la rapidez de la actuación del Sistema Nacional de Protección Civil sea esencial, la Secretaría de Gobierno puede emitir una declaración de emergencia posibilitando, entre otras cosas, gastar los recursos del Fondo para atenuar los efectos de posible desastre. Para ello, crea el Fideicomiso del Fondo de Desastres Naturales que tiene como objetivo la administración de los diferentes recursos remanentes de cada ejercicio fiscal del FONDEN, recuperados de las compañías aseguradoras y provenientes de obras no ejecutadas y de los intereses netos de las aplicaciones bancarias. La Secretaría de Gobierno incorpora anualmente en el proyecto del presupuesto mexicano recursos para el Fondo de Desastres Naturales (Szlafsztein, 2006:12-13).

Antecedentes socio jurídicos de la atención de desastres naturales en México

Históricamente, la preocupación por los desastres naturales se intensifica como reacción a las consecuencias catastróficas de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 en la Ciudad de México. En 1986 se crea el documento sobre las Bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil a cargo de la Secretaría de Gobernación que sirvió de plataforma instrumental para el desarrollo del marco institucional y normativo del país. Este documento establecía un programa de protección civil integrado de tres subprogramas: prevención, auxilio y apoyo, distinguiendo cinco agentes perturbadores: geológico, hidro-meteorológico, químico, sanitario y socio-organizativo. Asimismo, se crea en 1988 el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) y un Consejo Nacional y Consejos Estatales y Municipales de Protección Civil para el desarrollo de leyes de protección civil en varias entidades federativas. Fue hasta mayo del 2000 cuando se aprueba la Ley General de Protección Civil, que establece las bases del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) y la elaboración de los documentos del Sistema Municipal de Protección Civil (guía de implementación y guía técnica para la implementación del plan municipal de contingencias). Dichos documentos se centran en la planeación de respuestas ante situaciones de desastre, incluyendo gestión de información, coordinación interinstitucional y establecimiento de comisiones operativas locales en caso de emergencias (Ruíz, Casado y Sánchez, 2015).

A partir de los años ochenta y noventa, el tema de los riesgos en desastres naturales se hace presente a través del conjunto de leyes y reglamentos que involucran a diversas secretarías de Estado, destacando la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente (LGEEPA, 1988) donde peligros y riesgos son abordados a partir de los conceptos de contingencia asociados a afectaciones ambientales, el primer atlas nacional de riesgos (1991) con categorías conceptuales y esfuerzos sistemáticos de representación espacial de los riesgos a nivel nacional que abarca tres puntos principales: a) descripción de los fenómenos (amenazas); b) ubicación geográfica de dichos fenómenos y sus zonas de afectación o incidencia, y c) localización de los sistemas expuestos al riesgo (población, bienes, actividades económicas).

Diez años después, se crea el Diagnóstico de Peligros e Identificación de Riesgos de Desastres en México, el cual plantea de forma destacada la necesidad de disponer de mapas a escalas geográficas de mayor detalle, particularmente a escala municipal, con el objeto de representar adecuadamente tanto los agentes perturbadores como los sistemas afectables.

Por tanto, una de las herramientas administrativas gubernamentales para la prevención de consecuencias graves a causa de desastres naturales son los atlas de riesgos municipales, cuya finalidad es apoyar el ordenamiento de los asentamientos humanos. Estos documentos sirven para identificar los distintos tipos de riesgo asociados a peligros naturales, siendo instrumentos útiles para implementar medidas de reducción de vulnerabilidad y mitigación de amenazas por desastres naturales. Sin embargo, la elaboración de un atlas para los 2,457 municipios que componen a este país, representa grandes dificultades metodológicas, institucionales y económicas.

Ruíz, Casado y Sánchez (2015) mencionan que el municipio es el principal nivel de atención de la regulación territorial en donde se concretan las políticas de ordenamiento territorial, siendo también el otorgante primario de los servicios de protección civil y por lo tanto, el primer responsable en términos de estructura gubernamental de prevenir, gestionar y mitigar los riesgos ante los peligros naturales y antropogénicos. Sin embargo, la protección civil municipal se da en un marco legal, institucional y financiero deficiente, requiriéndose de organismos federales como el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU).

Los atlas de riesgo están oficialmente reconocidos dentro del marco legal como instrumentos de ordenamiento territorial y de prevención de desastres en México, particularmente a nivel de los gobiernos locales, en el contexto de una descentralización parcial del esquema de protección civil en el país, teniendo como base la regulación de los usos del suelo y la prevención, atención y mitigación de procesos de degradación de los componentes del medio físico-geográfico que pueden convertirse en factores de intensificación de amenazas naturales.

Debido a que el territorio mexicano se encuentra en una ubicación geográfica de mayor exposición a fenómenos naturales que pueden causar grandes desastres como terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, incendios forestales, inundaciones, movimientos de tierra, sequia, etc., el gobierno federal así como los gobiernos estatales y municipales se encuentran obligados a reorientar el ejercicio presupuestario

para destinar recursos económicos hacia la reparación de daños sufridos en infraestructura y población damnificada a causa de estos desastres naturales.

Por lo antes expuesto, se crea en 1996 el Fondo de Desastres Naturales (FONDEN) para administrar los recursos económicos relacionados con las emergencias y desastres naturales. Sin embargo, la regulación legal de estos recursos se planteó hasta 1999, al emitirse las primeras reglas de operación del FONDEN, las cuales regularon los mecanismos, requisitos, procedimientos, fases y plazos a cumplir por los organismos federales, estatales y municipales, proporcionando el adecuado control de los recursos concedidos y la apropiada transparencia en la utilización de los fondos. El resultado de esto fue que los recursos fueran administrados por un fondo de fideicomiso como una herramienta financiera para brindar recursos a los 32 estados y a las dependencias federales para la atención de los daños causados por un fenómeno natural imprevisible, cuya magnitud catastrófica supere sus capacidades de respuesta con sus propios presupuestos. Actualmente en México, se tiene dos programas de prevención de desastres naturales, el Fondo de Prevención de Desastres Naturales y el Fideicomiso Preventivo Federal (Consorcio de compensación de seguros, 2008).

El Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) funcionó por más de diez años con base en decretos presidenciales y de legislación secundaria de la Secretaría de Gobernación, debido a que el Congreso de la Unión no tenía facultades para legislar en materia de protección civil y eran los congresos locales quienes hacían este trabajo. Fue hasta 1998 cuando se modificó el artículo 73 de la Constitución Política Mexicana para que el Congreso adquiriera la atribución de legislar sobre este ámbito. En el año 2000, se publica en el Diario Oficial de la Federación, la Ley General de Protección Civil que retomó los objetivos del SINAPROC para proteger a las personas de los desastres naturales.

La década de 1990-2000 ha sido declarada por la Organización de las Naciones Unidas como la Década Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, siendo uno de los propósitos centrales el uso creciente de la información disponible sobre riesgos. Los planes de esta organización contemplan que muchas naciones colaboren para reducir pérdidas por desastres repentinos, como los terremotos e inundaciones, aprovechando diversas experiencias que han probado su eficacia y que pueden proponerse para adecuarse a otras condiciones (Macías, 1993).

Fue en esta misma década donde se crearon las legislaciones estatales que promulgaron las leyes relacionadas con la protección civil de cada uno de los Estados de la República Mexicana, siendo un momento histórico de trascendencia nacional en materia de atención a los desastres naturales. En estas leyes estatales, se designa al municipio como el primer nivel de gobierno que debe de encargarse de la prevención de riesgos y desastres y enfrentar las situaciones de emergencia; promoviendo las prácticas de autoprotección, impulsar la educación en la prevención y en la protección civil a través de eventos en los que se proporcione información (simulacros y campañas masivas de información) llevar a cabo estudios y proyectos en torno a este tema e invertir en el monitoreo de los fenómenos peligrosos para establecer líneas de acción específicos (Toscana, Campos y Monroy, 2010).

El ámbito de protección civil existe como política pública en los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal), sin embargo, el reconocimiento en la población de estas acciones es escaso. La participación de la población en el manejo de riesgos es fundamental, toda vez que la finalidad de la protección civil es incidir en sus destinatarios y en sus acciones para que éstos se vean lo menos afectados a causa de los desastres naturales vividos.

Aspectos ético-jurídicos en el manejo ambiental y de prevención de desastres.

Los argumentos encaminados al Desarrollo Sostenible propuestos por la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza el cual forma parte del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), plantean los factores implicados en los sistemas jurídicos, políticos, económicos, sociales, productivos, tecnológicos y administrativos que afectan a los países en desarrollo, como lo es México. Para ello, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 1990 el Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (DIRDN), con el fin de promover la mitigación de los riesgos mediante la incorporación de la prevención de los desastres naturales en el desarrollo económico y social en todos los países del mundo (Cardona, 1996).

El concepto de desarrollo intenta comunicar la idea de que la biósfera puede ser más productiva, lo cual depende de factores ecológicos, políticos, culturales y tecnológicos. Por otro lado, el concepto de sostenible se refiere al mantenimiento o prolongación de un proceso o actividad sobre el tiempo. Ambas palabras pueden parecer contradictorias, sin embargo, hacen alusión a que el desarrollo puede ser sostenible mediante innovaciones tecnológicas y la aplicación de estrategias de manejo del ambiente, es decir, del uso de la prevención como estrategia fundamental para el desarrollo sostenible, dado que permite hacer compatibles el ecosistema natural y la sociedad que lo ocupa y explota, dosificando y orientando la acción del ser humano sobre el medio ambiente y viceversa.

El desafío actual del desarrollo sostenible es lograr cambiar la gestión ambiental de paliativa a preventiva, evaluando los riesgos y el impacto ambiental de los desastres naturales. Un programa basado en alertas tempranas podría llevar a adelantarnos a las crisis y mitigar los eventos detonantes o condiciones vulnerables que favorecen la ocurrencia de estas catástrofes.

Brusi, Alfaro y González (2008) están convencidos que los medios de comunicación en la divulgación de los riesgos naturales, pueden ser un gran potencial preventivo siendo transmisores de las medidas de autoprotección ante los desastres naturales. Las catástrofes son noticias de interés social, captando la atención de los lectores, oyentes o espectadores de los medios de comunicación. Pueden generar un impacto mediático evidente, focalizando la atención en la espectacularidad del desastre natural y en consecuencia un impacto emocional de resignación y solidaridad de los usuarios. Por el contrario, algunos medios son sensibles para incluir una información científica clara y precisa del fenómeno así como para difundir las medidas preventivas más comunes ante estos eventos. En este aspecto, el comunicador social debe tener la madurez y el criterio profesional para saber cuándo es oportuno lanzar una noticia de esta índole, pues las reacciones que provoque en

los receptores pueden ser variadas y no siempre las más acertadas. La ética profesional y el bien común deben primar antes que cualquier otro interés.

Se entiende a la ética como un sistema de principios que guían la acción. Así como la ley señala lo que se debe y no se debe hacer en una situación dada, la ética nos orienta sobre el adecuado rumbo a seguir en nuestra conducta personal y en el ejercicio profesional. Se basa en valores personales, profesionales, sociales y morales. Para tomar decisiones en forma ética, lo único que se requiere es aplicar esos valores en el trabajo diario (Ulloa, 2011).

La ética está íntimamente relacionada con el ejercicio pleno de los derechos humanos universales definidos como aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Estos derechos son independientes de factores particulares como el status, sexo, orientación sexual, etnia, nacionalidad y son independientes del ordenamiento jurídico vigente. Desde un punto de vista relacional, los derechos humanos se refieren a las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad, que permita a los individuos ser personas, identificándose consigo mismos y con los otros. Los estudios demuestran que la educación hace menos vulnerable a las personas. La cultura científica de los ciudadanos salva vidas, protege propiedades y contribuye a tomar decisiones colectivas o personales de toda índole. En el caso particular de los desastres naturales, no sólo se trata de comunicar el conocimiento científico per se sino de transmitir la información necesaria para maximizar los beneficios potenciales de ese conocimiento. En este sentido, las catástrofes naturales requieren un tratamiento informativo diferente. Los mensajes que se emitan durante la respuesta deben ser cortos, concisos, tranquilizadores y directos. La noticia puede ser altamente informativa, sin necesidad de ser sensacionalista y sin caer en la victimización de las personas. Los medios de comunicación pueden y deben desempeñar un papel fundamental como instrumento formativo. La inclusión de algunos contenidos de divulgación científica que transmitan conceptos claros del fenómeno y, muy especialmente las medidas de autoprotección y mitigación del riesgo, con total seguridad salvarán muchas vidas en los próximos tsunamis, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, etc. (Brusi, Alfaro y González, 2008; Ulloa, 2011).

Conclusiones

El incremento del número de desastres en años recientes se debe principalmente al aumento de la población y de asentamientos humanos en zonas especialmente expuestas a los fenómenos naturales que se convierten en desastres, además del deterioro ambiental y de suelo en nuestro país. Por otro lado, la pobreza extrema de algunas regiones en México, ocasiona ante la presencia de un fenómeno natural que se convierta en un desastre nacional de grandes proporciones por la infraestructura débil y mal construida de la viviendas asentadas en zonas de elevados riesgos (en cerros, orillas de ríos y lagos, zonas de suelo no apto para uso habitacional, etc.).

Si bien, una parte importante de las acciones, programas y medidas son implementadas con recursos previstos en los presupuestos ordinarios de cada país, son colocadas en los denominados “Fondos Nacionales”, una forma de denominar a las reservas financieras para utilización en caso de estados de anormalidad, los que presentan sus respectivas características en los diversos países exclusivamente cuando las catástrofes naturales ya se han presentado y no para la prevención de las mismas.

Asimismo, la tardanza en la reconstrucción de la infraestructura dañada y de las viviendas afectadas debido al gran número de disposiciones legales que deben de cumplirse, debilita los tiempos del uso de los recursos disponibles para estas condiciones; ocasionando daños mucho mayores; por ejemplo, daños en la salud de las personas damnificadas, pérdida del patrimonio y de sus bienes, así como afectaciones en la vida laboral, escolar y familiar.

Es de vital importancia para el gobierno mexicano transformar un sistema reactivo ante desastres naturales a un sistema preventivo, a través de conocer los peligros y amenazas a los que estamos expuestos mediante el estudio y conocimiento de los fenómenos naturales más frecuentes en nuestro país. Posteriormente, se requiere identificar el peligro de exposición y vulnerabilidad de la población y zonas de riesgo con el fin de diseñar acciones y programas para mitigar y reducir estos riesgos, a través del reforzamiento y adecuación de la infraestructura y preparando a la población en una cultura de prevención de desastres naturales, antes, durante y después de éste.

El gobierno mexicano juega un papel importante en los riesgos causados por los desastres naturales, siendo la instancia que regula el funcionamiento social en condiciones cotidianas y resarce la normalidad en momentos de crisis de desastres para mantener el control y la responsabilidad sobre el evento. La administración de la crisis surge en el manejo de la eventualidad del desastre, tocándole al mismo tiempo la administración de los riesgos a través del tema de la protección civil, el cual implica no sólo el hacer planes y programas preventivos, sino tener los organismos adecuados y las legislaciones pertinentes para cumplir con las funciones preventivas ante estas catástrofes naturales (Macías, 1993).

Referencias bibliográficas.

Brusi, D., Alfaro, P. y González, M. (2008) Los riesgos geológicos en los medios de comunicación. El tratamiento informativo de las catástrofes naturales como recurso didáctico. Enseñanzas de las Ciencias de la Tierra. 16(2) 156-166. Disponible en: https://www.raco.cat/index.php/ECT/article/view/127772.

Capellino, M, (1988) *Proyecto de preparación entre el programa preparativo para emergencia y socorro en casos de desastre sobre legislación aplicable en situaciones de emergencia y desastres naturales entre Chile y Perú*. Desarrollo de Políticas de Salud. Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C. 1-38.

Cardona, O. D. (1996) Manejo ambiental y prevención de desastres. Dos temas asociados En M. A. Fernández (Coord.). *Ciudades en riesgo. Degradación ambiental. Riesgos urbanos y*

desastres. Ecuador: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Cap. 4. 57-74. Disponible en: http://www.desenredando.org

Consorcio de Compensación de Seguros (2008) *La cobertura aseguradora de las catástrofes naturales. Diversidad de sistemas*. Madrid: Consorcio de compensación de seguros. Cap. 14. México. 145-156. Disponible en: https://www.consorseguros.es/.../catastrofesNaturales

Macías, J. M. (1993) Perspectivas de los estudios sobre desastres en México. En A. Maskrey (Coord.) *Los desastres no son naturales*. Perú: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Cap. 5. 82-92. Disponible en: http://www.desenredando.org

Ruíz, N; Casado, J. M. y Sánchez, M. T. (2015) Los Atlas de riesgos municipales en México como instrumentos de ordenamiento territorial. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía.* (88) 146-162 UNAM. México. Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/igeo/n88/0188-4611-igeo-88-00146.pdf.

Szlafsztein, C. (2006) Análisis de las coberturas aseguradoras públicas contra desastre naturales en algunos países de América Latina. *Ingeniería de Recursos Naturales y del Ambiente.* (5) 5-14. Universidad del Valle de Cali, Colombia. Disponible en: ttps://www.academia.edu/33461849/Análisis_De_Las_Coberturas_Aseguradoras_Públicas_Contra_Desastres_Naturales_en_Algunos_Países_De_América_Latina.

Toscana, A; Campos, M. M. y Monroy J. F. (2010) Inundaciones, protección civil y habitantes de San Matero Atenco, Estado de México. *Investigaciones Geográficas. Boletín del Instituto de Geografía.* (72) 68-81. UNAM. México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112010000200006.

Ulloa, F. (2011) *Manual de gestión del riesgo de desastre para comunicadores sociales.* Perú: Organización de las Naciones Unidad para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO. Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002191/219184s.pdf

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRÉS AGUDO E IMPACTO EMOCIONAL: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA EN SITUACIONES DE DESASTRE.

Violeta Espinosa Sierra y Jorge Luis Salinas Rodríguez

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, las organizaciones sociales en el mundo se caracterizan por una gran concentración de la población que muestra una dinámica elevada en su transito cotidiano a pie y en vehículos, dentro y fuera de sus países y localidades, por ello el hacinamiento, la falta de satisfactores (como el empleo, posibilidades de educación y salud, el alimento, etc.) entre otros, generan condiciones de un peligro actual y potencial para los individuos en sociedad. Esas condiciones de vida son el origen de altos niveles de estrés y ansiedad constante en los individuos que generan emociones negativas relacionadas -que no causales por si solos- con la violencia, los accidentes vehiculares, laborales y los conflictos interpersonales, así como la actividad de grupos insurgentes violentos y la delincuencia organizada, aunado a la "guerra" de los gobiernos contra ellos, agregandose a todo eso la injusticia. De igual manera, las condiciones de vida en países y territorios con gobiernos negligentes, autoritarios y tiranos, que funcionan con altos niveles de corrupción, auspician y propician la explotación irracional de los recursos naturales del planeta, los asentamientos humanos en zonas protegidas o irregulares y edificaciones que no cumplen con la normatividad establecida, exponen cotidianamente a los individuos a los llamados "desastres".

Esas condiciones hace que nosotros, y muchas personas más, suframos con mayor probabilidad la pérdida imprevista de un ser querido, familiares y conocidos en accidentes llamados naturales (terremotos, inundaciones, tornados, rayos, granizadas, avalanchas, entre otros); desgraciadamente, no son pocos los casos. Actualmente, no sólo son los desastres naturales, si no también aquellos "provocados" por múltiples causas como la negligencia (por ejemplo, los accidentes automovilísticos y atropellamientos), la corrupción (la mala construcción de edificios, los incendios y explosiones por ejemplo), los desastres biológicos (como las epidemias), las guerras, los desastres civiles (motines y manifestaciones públicas); la violencia social es un ejemplo claro de desastres provocados, incluyendo la violencia familiar, patrimonial, sexual y de pareja en general. A tales eventos, tan probables en la vida de las personas, habrá que añadir aquellas relacionadas con las pérdidas afectivas-amorosas, o la amenaza de que ocurran, y la percepción continua de riesgo de percibir daño personal. En la concepción del presente capítulo, con base en la Organización Panamericana de la Salud (2002),"….se considera una situación [de] desastre o catástrofe cuando se produce por un evento natural (terremótos, huracanes, deslaves, grandes sequías), accidentes tecnológicos (como explosion en en industria) o directamente provocada por el hombre (en un conflicto armado, ataque terrorista o accidentes por error humano, etre otros) en el que se ven

amenazada las vidas de las personas o su integridad física y/o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano. Por logeneral, se sobrecargan los recursos locales e individuales, que se tornan insuficientes y quedan amenazadas la seguridad y el funcionamiento normal de la comunidad" (OPS, p.32).

Cuando el desastre es muy grande, en cuanto a sus consecuencias, la misma OPS le ha nombrado "emergencia compleja", en virtud de considerar que el desastre tuvo un carácter agravado y la presencia de varios factores y condiciones que complican la condición existente en determinadas catástrofes y un ejemplo que nos señala son los conflictos armados. En las llamadas emergencias complejas hay efectos desvastadores con secuelas de largo y mediano plazo. La manifestación más clara de cuando se está ante un desastre son las reacciones idividuales que requieren de interevenciones humanitarias para aliviar sus efectos, para apoyar la pacificación y proteger los derechos de los más débiles. En el orden individual, se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa la capacidad de respuesta adaptativa del ser humano, generándose así una inadaptación psicológica que lo pone en mayor vulnerabilidad física y psicológicamente. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, pues en algunas ocasiones pueden ser manejadas a través del apoyo familiar y de las redes sociales.

Desde la perspectiva de la psicología y la llamada "salud mental" en general, la emergencia implica una perturbación psicosocial que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada. Se espera un incremento de la morbilidad, incluidos los trastornos psiquiátricos. La OPS (2002) ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta a cualquier desastre sufre alguna manifestación psicológica y/o trastorno psiquiátrico. Considerando las condiciones sociales, políticas y de servicios en general, los efectos de desastres naturales y conflictos armados son más recurrentes en poblaciones pobres, que son el sector con mayor vulnerabilidad, viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

Ha quedado muy claro que después de un desastre los problemas psicológicos rerquerirán atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, principalmente cuando tengan que enfrentar la tarea de rehacer sus vidas. Sin importar la magnitud del desastre, si es natural o provocado, este suele causar un gran sufrimiento psicológico que lleva al desequilibrio, la desorganización y un sentimiento intenso de vulnerabilidad a las personas que lo sufren, ya sea expresado en el momento de la ocurrencia del siniestro, o pasado un tiempo después del desastre y en cuyos síntomas se puede apreciar como constante el estrés. La presencia del estrés en poblaciones que han sido expuestas a desastres naturales es la constante, es una de las más frecuentes respuestas que evidencian el impacto emocional sobre la población expuesta, aunque, sin duda, no es el único sigue siendo importante.

EL IMPACTO EMOCIONAL DE LAS CATÁSTROFES.

Una persona que se encuentre en un ambiente donde su conducta “usual” ya no conduce a un resultado que solía ser predecible, está propensa a que se eleve su nivel de ansiedad y sienta afectadas las funciones que controlan la conducta, lo cual aumenta la tendencia a:

• Exteriorizar emociones a través de la acción.

• Distorsionar la conducta propia y de otros.

• Enfermarse.

• Sufrir una desorganización emocional y del comportamiento propio.

Por lo anteriormente expuesto, se expresan sentimientos y reacciones que son frecuentes. Puede ser que algunas de esas emociones no se hayan experimentado anteriormente, cada persona es diferente y puede responder de distinta manera en momentos de desastre. También, está claro que la exposición a eventos de desastre produce niveles altos de tensión y angustia en las personas, el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de los sobrevivientes o espectadores y no se borrará de su memoria.

En la literatura, las posibles reacciones psicológicas ante los desastres oscilan en alrededor de 140 manifestaciones o quejas las cuales se agrupan en desorganización psicológica, duelo y crisis emocional. Las más frecuentes en el momento de los hechos son el miedo y la tristeza por efectos de las pérdidas y la violencia. También se refieren al hambre y sufrimiento extremo, profundos sentimientos de injusticia por las muertes, así mismo por padecer enfermedades somáticas y psicológicas que los sobrevivientes describen; además, la violencia les produce mucha impotencia y perspectivas negativas hacia el futuro. En menor medida, los testimonios recogen cambios en la visión de sí mismos o el mundo y sentimientos de soledad por la pérdida de familiares. El hecho de considerar que cada persona vivencía el estrés de una manera distinta, ha motivado un interés cada vez mayor en la comprensión del papel de los recursos personales-materiales y otros recursos individuales, como mediatizadores en la expresión y formas de manifestación del estrés. Dentro de estos, se pueden considerar el estilo conductual propio (o personalidad), los procesos de afrontamiento, la prevalencia de determinadas respuestas afectivas (afectividad positiva vs negativa), las actitudes ante la vida (optimismo vs pesimismo), la fortaleza psicológica, resiliencia y un concepto relativamente reciente como es el sentido de coherencia. En resumen, la respuesta inicial a los factores de estrés activa “los sistemas de lucha o huida” y éstos a su vez la conducta individual que depende de las siguientes características:

• Estilo Conductual o Personalidad.

• Capacidad de resiliencia.

• Formas efectivas o inefectivas de afrontamiento.

• Experiencias anteriores.

• Interpretación cognitiva del evento.

Cabe considerar que algunas características de personalidad están correlacionadas, e incluso podrían explicar la capacidad de algunos individuos de afrontar existosamente eventos existenciales estresantes. Las características sustanciales identificadas son, de acuerdo con Alcina (2003): compromiso, involucración, auto-control, desafío y flexibilidad.

Se ha tratado de generar una lista de impactos negativos en poblaciones expuestas a desastres naturales y provocados por el hombre, así como el tiempo en que aparecen y permanecen, exponemos las manifestaciones clinicas que se pueden presentar en la crisis que señala Benyakar (2003). Este autor menciona que una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización psicológica, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo por lo tanto una crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad. Por lo tanto, podriamos mencionar que la respuesta inmediata al estado de crisis de personas que han sido expuestos a dichos eventos es de crucial importancia en los minutos siguientes de que se inicio tal estado. El punto central es que la persona, ante situaciones de crisis, tiene que actuar, tomar decisiones y caminos de acción que restablezcan su equilibrio y salga fortalecido. De esta manera, es evidente la importancia humanitaria de prevenir para disminuir el impacto de los eventos que producen crisis en las personas e intervenir en aquellos que se encuentran en una situación así, a lo cual se ha denominado intervención en crisis.

Para Benyakar (2003) las personas que se enfrentan una situacion de crisis suelen presentar desorganización y confución generalizada, miedo, sentimientos de abandono y vulnerabilidad, necesidad de supervivencia, pérdida de iniciativa, liderazgos espontáneos (positivos o negativos), conductas violentas o pasivas y finalmente muestras de solidaridad o de egoísmo. Asi mismo las personas pueden presentar estrés en momentos despúes del evento, reacciones colectivas de agitación, de ansiedad y/o depresión, trastornos en la percepción de espacio y tiempo, reaccion de excitación y/o psicótica y descompensación de trastornos psiquiatricos preexistentes.

Las manifestaciones que se han encontrado ante situaciones de desastre pueden ser sólo la expresión de una respuesta comprensible ante las experiencias traumáticas vividas, pero también pueden ser indicadores de que se está pasando hacia una condición patológica. La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos y las vivencias, determinando si se pueden interpretar como respuestas “normales o esperadas” o por el contrario, pueden identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje profesional.

Algunos criterios para determinar que una expresión emocional y comportamental se están convirtiendo en impactos psicológicos negativos, producto a la a exposición a eventos desastrosos, son:

• Prolongación en el tiempo del estrés, aún cuan ya ha pasado el evento.

• Sufrimiento intenso.

• Complicaciones asociadas (por ejemplo, conductas e ideas suicidas).

• Afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona.

• Conocimiento y evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas.

• Se inicia un proceso lento y progresivo de recuperación.

• Miedo a la recidiva.

•Conductas agresivas contra autoridades e instituciones. Actos de rebeldía y/o delincuenciales.

A pesar de la diversidad de impactos que un desastre puede provocar, es evidente, como ya lo mencionamos previamente, la presencia de estrés recurrente que suele presentarse como agudo o postraumático. Para el presente capítulo deseamos dejar en claro cual es uno y otro para dejar establecer su prevalencia, en medida de la actualidad de los datos encontrados.

EL ESTRÉS AGUDO.

De acuerdo a Echeburúa, Del Corral y Amor (2004), el estrés agudo es un trastorno transitorio grave, que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés excepcional y que tiende a remitir en horas o días. El agente estresante es una experiencia traumática devastadora, tal como se da en catástrofes naturales, guerras, asalto personal, violaciones o un cambio brusco y amenazador del rango o de entorno social del individuo, como la pérdida de seres queridos y secuestros. El riesgo aumenta si además están presentes factores como agotamiento físico, edad avanzada y otras; de igual manera, si existen trastornos de personalidad, especialmente de personalidad pasivo-dependiente. La reacción de estrés agudo no se diagnostica regularmente más allá de un mes después de la exposición del trauma, según así como el Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) no debe ser diagnosticado antes del primer mes (Keane, 2003) de ocurrido el evento; aunque, cabe señalar, otros autores proponen otro periodo aún más largo (por ejemplo Robles y Medina, 2002). Es importante especificar, que una vez pasado el tiempo esperado

para una reacción a estrés agudo, se pueden presentar síntomas de re experimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados con él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo. Los autores Robles y Medina en el 2002 mencionan que las personas suelen presentar estados de hipervigilancia o alertamiento, usualmente con insomnio o respuesta de sobresalto. Estos síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo e interferir con el funcionamiento habitual de la persona. Los síntomas característicos suelen ser fluctuantes, con presencia de componentes ansiosos como depresivos, episodios frecuentes de reviviscencias y pesadillas, hiperreactividad vegetativa y evitación de eventos que puedan evocar memorias del evento traumático.

Como ya se ha reseñado previamente, las diferencias de reacción ante un mismo hecho traumático son muy variables de personas a persona. Desde una perspectiva psicológica, una fragilidad emocional previa y una “mala” adaptación a los cambios, así como una percepción del acontecimiento como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otras conductas violentas o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo y cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares (Esbec, 2000).

Al respecto, el Disorder Statistical Manual versión V (DSM-V) plantea el diagnóstico del Trastorno de Entrés Agudo (TEA), a continuación se mencionan los criterios:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido (1) y (2):

    1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o de los demás

    2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:

    1. Sensación subjetiva del embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

    2. Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo estar "aturdido")

    3. Desrrealización

    4. Despersonalización

5. Amnesia disociativa (por ejemplo incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios o *flashbacks* recurrentes o sensaciones de estar reviviendo la experiencia y molestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerden el acontecimiento traaumático

D. Evitación marcada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)

E. Síntomas marcados de ansiedad o aumento del alerta (*arousal*) (por ejemplo dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora)

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médicas, no se explican por la presencia de un trastorno psicótico breve ni constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente en los Ejes I o II

Algunos autores también opinan que no es sólo la exposición al evento traumático lo que lleva finalmente a desarrollar el Estrés Agudo y han identificado ciertos factores de riesgo que hacen al individuo vulnerable. Tales factores son la exposición repetida al evento traumático, rasgos de personalidad previa, factores heredados, edad, red de apoyo social y familiar, factores estresantes, antecedente de abuso sexual, el sexo (las mujeres tienen el doble de riesgo que los hombres), antecedentes psiquiátricos personales, historia de abuso en la niñez, antecedentes psiquiátricos familiares y la ocurrencia de algún acontecimiento vital significativo con posterioridad al evento traumático

Los factores que contribuyen a modular la intensidad de la respuesta al desastre son la capacidad de control que tiene el sujeto sobre la situación misma, la capacidad de predecir el hecho,

la amenaza percibida, cuando el hecho se acompaña de alguna pérdida, o bien, cuando el sujeto siente que fue incapaz de minimizar el daño a terceros, o cuando aparecen sentimientos de culpa o de humillación por lo ocurrido, se acentúa la intensidad de la respuesta emocional ante el trauma (Carvajal, 2002).

Aunque existe un alto número de personas expuestas a situaciones traumáticas a lo largo de la vida, solo una minoría presenta un trastorno de estrés agudo y/o postraumático. En 1987, la prevalencia en la población general de trastorno de estrés agudo y/o postraumático era entre 0,5% y 10,8% para hombres y entre 1,3% y 18,3% para mujeres. Las alteraciones en la capacidad de ajuste emocional poco tiempo después del desastre eran un predictor fuerte del desarrollo de los síntomas de TEPT. La evitación y el embotamiento reflejaban la inhabilidad para adaptsarse efectivamente. Estos síntomas se asociaban con una alteración importante en el funcionamiento posterior de las personas (Kessler, 1995).

Como se puede ver, la definición y caracterización del estrés agudo está ligado al TEPT, incluso considerándolo como un predictor fuerte del mismo, por diversos autores y diferenciándose en cuanto a la cercanía del desastre en tiempo e intensidad de los síntomas, pero consideramos que lo diferencía mejor es establecerla es como lo señala el CIE-10 "…como una reacción de ajuste del estrés ante los eventos de desastre que se experimentan en el momento, o que ocurríeron recientemente…" (p. 120).

Así, que, como lo señalaremos posteriormente, mientras que para el DSM-V el trastorno por estrés agudo es un precursor que lleva al posterior desarrollo del TEPT, para la Clasificación Internacional de Enfermedades versi;on 10 (CIE-10) se trata de una reacción aguda de ansiedad transitoria. La existencia del estrés agudo la CIE-10 la defiende con una tesis "normalizadora" en la que conceptualiza estas reacciones como un estado transitorio tras un hecho amenazante extremo, que dura unos días (a lo sumo dos-tres) y en los que lo que predominaría sería un estado de shock o aturdimiento. El DSM-V, en cambio, lo califica como trastorno y no como reacción, prolonga su posible duración hasta las cuatro semanas y define criterios diagnósticos que son paralelos a los del trastorno de estrés postraumático, excepto en el hecho de que contemplan con especial relevancia los síntomas disociativos (embotamiento, ausencia, desrealización, amnesia, despersonalización), que en el diagnóstico de TEPT quedan subsumidos dentro de una categoría más amplia de "síntomas de evitación".

Sin embargo, el TEPT, tiene otras particularidades que no necesariamente parecen estar ligadas a los síntomas iniciales (que aparentan aparecer con el estrés agudo) y que, incluso, parecen no estar ligados por mucho tiempo a los desastres que lo provocaron; aunque tienen relación con el mismo. Para eso haremos el tratamiento del término Trastorno de Estrés Postraumatico (TEPT), que

si no se atiende, pronto y eficientemente, puede generar reacciones fatales inmediatas para la persona que la sufren, para otros, y suelen marcar negativamente o coartar el futuro y desarrollo de la persona.

EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es una condición clínica que representa una de las respuestas psicológicas a un hecho traumático y que desde 1980 se incorporó a las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales con esta denominación. Para los autores Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos-Lira, Zambrano y Fleiz-Bautista (2005) han considerado el estrés postraumático como una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, debido a que ha amenazado su integridad física o su vida, o bien la de otras personas. Los autores mencionan que las personas expuestas a algún evento traumático (ataques físicos, asaltos, desastres, entre otros) son sucesos estresantes que pueden provocar la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Según el DSM-V el TEPT es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de síntomas que siguen a la exposición ya sea directa o indirecta (escuchar narraciones o ver imágenes) a un evento estresante y extremadamente traumático (muertes, amenazas a la integridad física, etc.). La persona responde con temor, desesperanza u horror intensos. El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de recuerdos o sueños recurrentes e incontrolables (intrusos) que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Esto produce un malestar psicológico intenso asociado al evitar continuamente recordar lo vivido, al embotamiento emocional y el procesamiento cognitivo conductual, y a respuesta de activación fisiológica (sudoración, taquicardia, piloerecciòn, entre otras); estas respuestas aparecen especialmente cuando la persona se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. La activación fisiológica es tal que produce dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Todas estas alteraciones se prolongan por más de un mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Así mismo el APA (2010) ha considerado el TEPT como un trastorno que se presenta cuando la persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa una amenaza para su vida o su integridad física, o cuando ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas de la existencia de este tipo de acontecimientos en otras personas. La reacción emocional experimentada debe implicar una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos. Los grupos sintomáticos son: reexperimentación, evitación e hiperactivación. Estos deben prolongarse por más de un mes

desde el suceso traumático y provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona.

Así mismo, la OMS (2016) especifica que el TEPT surge como una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causan un malestar generalizado en casi todas las personas (catástrofes naturales o producidas por el ser humano, combates, accidentes graves, presenciar una muerte violenta, ser víctima de un crimen, accidente de trafico, incendio).

Por lo tanto, el TEPT se puede definir como la exposición a sucesos altamente estresantes trayendo como consecuencia miedo intenso, impotencia o terror, experimentación persistente del suceso como flashbacks o pesadillas que producen el evento, reacciones físicas y/o psicológicas ante estímulos internos que se asocian con el suceso; tambièn, pueden ocurrir la evitación persistente de hechos, personas, situaciones o pensamientos asociados con el suceso traumático o reducción en la capacidad de vincularse con otras personas, situaciones o pensamientos asociados con el suceso traumático o reducir la capacidad de vincularse con otras personas y experimentar emociones; síntomas que manifiestan una excitación fisiológica concurrente como problemas para dormir, irritabilidad e hipervigilancia.

Ahora bien, para poder realizar un diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático se requiere la exposición a un evento traumático, condición necesaria, pero no suficiente para desarrollar el trastorno, ya que intervienen otros factores, como la vulnerabilidad y la resiliencia individual. Los eventos susceptibles de devenir traumáticos son típicamente inesperados, súbitos, de alta intensidad y corta duración en el tiempo; los estímulos de alta intensidad y una duración crónica se asocian con cambios profundos y permanentes en la personalidad. Por ello se debe de diferenciar el estrés agudo del TEPT.

En síntesis, el alcance del daño psicológico esta mediado por la gravedad y la percepción del suceso, el carácter inesperado del acontecimiento y el daño físico o grado de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles, todo lo anterior configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés.

PREVALENCIA EN TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Existe una notable controversia respecto a la prevalencia en población general y en grupos específicos de población del reacción al estrés agudo y el TEPT. Según Pérez-Sales (2006), los datos indican que mientras la mayoría de la población general ha pasado por experiencias

traumáticas, y aunque inicialmente un porcentaje importante puedan presentar uno o más síntomas, estos desaparecen a las pocas semanas y son pocos los que desarrollan TEPT. Estos datos, unidos a los de los estudios transversales, apoyarían la idea de que la mayoría de estos síntomas constituyen una adaptación normal del cuerpo humano ante una agresión externa de extrema gravedad y que su medicalización, en estas primeras fases, es un error. Esto no significa que no existiría un grupo variable de personas en que los síntomas se cronificarían, bien por el tipo de agresión y sus connotaciones, bien por la respuesta del medio (de rechazo, estigmatización o aislamiento), pudiendo llegar a ser invalidantes.

La prevalencia de TEPT es muy baja, en apariencia debido al subregistro que implica este trastorno. En Estados Unidos de América (EUA) se estimó la prevalencia-vida del TEPT (según el DSM-III-R) en el 1% de la población general (Helzer, Robins & McEvoy,1987) cuando se pregunta por los síntomas en relación con un hecho traumático concreto. En estudios posteriores (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995) se hicieron pregunta por síntomas de manera inespecífica, hallando Breslau et. al (1998) tasas del 6% en hombres y 11% en mujeres, mientras Kessler encontró que el 7.8% en población general mostraba síntomas de TEPT. El estudio ESEMED (2004), realizado en 6 países europeos, dio una prevalencia-vida de 1.9% y una prevalencia-año de 0.9%. Diversos estudios nacionales (Jenkins, Lewis, Bebbington, et al, 2003) confirman tasas entre el 1 y 3% en población europea. Aceptando el rango 1 a 8% en estudios norteamericanos y 1 al 3% en europeos resulta notorio el buen ajuste de la mayoría de personas que pasan por experiencias traumáticas. La mayoría de casos se resuelven espontáneamente entre el primer y tercer mes (Foa, Hearst-Ikeda y Perry, 1995).

Tras los atentados terroristas del 11 de septiembre del 2001 en Nueva York y del 11 de marzo del 2004 en Madrid diversos estudios epidemiológicos realizados a las pocas semanas (por ejemplo, Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold & Vlahov (2002) sugerían cifras de TEPT de entre el 11 y el 13% en población general. La razón de estas “epidemias” de TEPT sería el impacto emocional directo y el impacto vicario derivado de las imágenes repetidas de televisión y de la narración reiterada de los hechos. Estudios posteriores mostraron cómo estas cifras eran irreales y dependían en exceso del tipo de cuestionario de cribado y del punto de corte usado y, en consecuencia, el poco sentido epidemiológico y práctico.

Por otro lado, los estudios posteriores a un desastre muestran que el TEPT es uno de los trastornos con mayor comorbilidad de los contemplados en el DSM-V-TR , con valores entre el 0 y 75% según estudios según Pérez-Sales (2006). Respecto a la probabilidad de experimentar un desastre en nuestras vidas, tan fuerte que pueda generar TEPT, se ha inferido en estadísticas epidemiológicas y dada su importancia para la adquisición de tal trastorno exponemos algunos datos. A lo largo de nuestra vida las personas vivimos de 1 a 5 acontecimientos traumáticos (Breslau et al., 1998 y

Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). En concreto, el National Comborbidity Survey (Kessler et al., 1995) y Yasan, Saka, Ozkan y Ertem (2009) sitúan entre el 53% y 60% la probabilidad de exponerse a eventos de desastre en hombres y en relación a las mujeres es del 44% y 50% en mujeres, se consideró al menos a un acontecimiento traumático a lo largo de su vida. Otros autores apuntan a que, al menos el 50% las personas, experimentamos al menos dos acontecimientos traumáticos en nuestra existencia (Stein, Walter, Hazen y Forde, 1997).

La probabilidad de exposición a los acontecimientos traumáticos puede estar relacionada con determinados factores de riesgo (Bobes et al., 2000) que faciliten esta situación. Estos factores hacen referencia a aspectos demográficos, conductuales y al historial psicológico de la persona, tales como; sexo, raza negra, bajo nivel educativo, problemas conductuales tempranos, separación temprana, historia familiar de depresión, ansiedad, psicosis, alcohol, drogas y comportamiento antisocial. Por ello, la prevalencia de exposición a los acontecimientos traumáticos puede variar en función del estudio de referencia puesto que las características de la población de estudio e incluso el mismo lugar geográfico de éste pueden ser determinantes. Un claro ejemplo de hasta dónde pueden influir estos factores lo encontramos en los datos arrojados en el estudio de Norris, Murphy, Baker y Perilla (2004), ya que la diferencia de prevalencia en la vivencia de acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida entre población chilena (39,7%) y mexicana (77%) era del doble en este último caso.

Principalmente, en los desastres naturales, en estudios del TEPT, se han concentrado principalmente en evaluar los efectos de los huracanes y terremotos. En estos estudios se han encontrado que el 25% de la población evaluada que había sufrido un huracán cumplía criterios para un cuadro de TEPT y un 32% de los que había sufrido un terremoto cumplía criterios para un cuadro de TEPT (Carr, Lewin, Webster, y Kenardy, 1997; Norris et al., 2002). Además, estos estudios concluyeron que la variable apoyo social parecía un amortiguador frente al TEPT agudo, ya que parecía que la “comunidad de vecinos y amigos” eran fundamentales para poder apoyar las labores que una vez pasado el huracán o terremoto tenían que emprender y que en ocasiones suponían casi “reconstruir” su propia vida.

El TEPT es un cuadro clínico que tiene una alta co-morbilidad, que en algunos estudios ha alcanzado hasta el 80%. En los veteranos de Vietnam (quienes son principales blanco de estudio por sus experiencias en la guerra) se encontró que hasta 66% presentaban otro trastorno afectivo o de ansiedad y que el 39% tenía abuso o dependencia de alcohol. En el estudio realizado por Kessler, citado párrafos previos, se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en el 17% de las

mujeres y en el 12% de los hombres, sin embargo, había tres o mas diagnósticos en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres.

Si el trauma temprano es o no un factor de riesgo para desarrollar posteriormente depresión o trastorno de ansiedad, se podría esperar que la línea de base de la prevalencia de tales traumas fuese muy alta. Sin embargo, los datos son sorprendentemente dispersos debido a la carencia de información y sistematización de la misma de manera confiable, la mayoría de los datos es colectada es de muestras pequeñas o de reportes espontáneos de servicios sociales departamentales o de salas de urgencias de hospitales. Se sabe que los casos reportados constituyen una fracción pequeña de los casos reales y que a pesar de que la prevalencia estimada de, por ejemplo, abuso sexual en la infancia y de otros traumas como la pérdida temprana de los padres, son sólo aproximaciones, pero sin duda suficientes para que expliquen la alta prevalencia de depresión y ansiedad en la población general de adultos (Nemeroff, Bremmer, Foa, Mayberg H, North y Stein, 2006).

El TEPT, sin duda es un producto dinámico de la exposición a un desastre, la gravedad del mismo y la vulnerabilidad genética que es un disposicional a mostrar síntomas de TEPT, también se ha investigado . Estudios con veteranos de la guerra de Vietnam han ayudado a clarificar las contribuciones relativas de la genética y la influencia del medio ambiente en la patogénesis del TEPT. Estudios controlados con gemelos monocigóticos han demostrado asociación entre la severidad del combate y la presentación del TEPT. En el sudeste de Asia, estudios clásicos con gemelos monocigóticos y dicigóticos también evidencian la contribución genética a la severidad del trauma. Otros estudios han sugerido también una vulnerabilidad genética a los síntomas del TEPT, independiente del efecto de la exposición a combates y de la influencia genética sobre esa exposición (Nemeroff, Bremmer, Foa, Mayberg H, North y Stein, 2006). El conjunto de estos hallazgos permitieron sugerir lo que se llama "control genético de la exposición al medio ambiente".

El hecho de que muchas personas experimenten estrés traumático, pero la mayoría no desarrollan el trastorno postraumático ha estimulado la investigación epidemiológica; es una epidemia en todo el mundo, teniendo en cuenta que se produce más a menudo con niños, adolescentes, jóvenes y adultos de mediana y mayor de edad que cualquier enfermedad médica grave (Ford Julian, 2009). También, de acuerdo con Ford Julian, la prevalencia de TEPT es del 3,5% en la población general y se eleva en poblaciones con altos índices de exposición a eventos traumáticos, tal como ocurre con los soldados en la guerra (2,7%). Los factores estresantes traumáticos ocurren con más frecuencia de lo que pensamos, afecta a más de la mitad de los adultos y 2 de 3 niños en edades menores a 16 años en algún momento han experimentado un trauma psicológico; pero, sólo se desarrolla en el 0,5% de los niños a la edad de 16 años, pero los recuerdos

y síntomas angustiantes ocurren en 1 de cada 8 ocho niños (13%) y tanto como 33 a 40% de los niños que sufren la muerte violenta de un familiar o son víctimas de abuso sexual. En cuanto a sexo, se observa en 1de cada 20 hombres y en 1de cada 10 mujeres en algún momento de sus vidas; 2 de cada 3 hombres y casi el 50% de todas mujeres experimentaron abuso sexual y abuso físico infantil. Otros tipos de eventos traumáticos pueden llevar a trastorno de estrés postraumático normalmente entre el 10 al 25% de los niños o adultos que están expuestos a ellos. La investigación epidemiológica ha demostrado que el TEPT es uno de los dos trastornos psiquiátricos, el trastorno bipolar es el otro, que son particularmente susceptibles de ser acompañadas por otras enfermedades psiquiátricas y médicas; esto se traduce en que los trastornos relacionados con el trauma fueron el segundo problema de salud más costosos en los EE.UU. en 2000, 2004 y 2008, según la Agencia Federal para la Investigación y Calidad de Salud. Las enfermedades cardiovasculares fueron consistentemente más costosas que los trastornos relacionados con el trauma; aún el cáncer, en general, era un poco menos costosa que los trastornos relacionados con el trauma producidos por los desastres.

Por último, en el caso del TEPT, más que en ningún otro trastorno, por el hecho de cumplir las personas criterios diagnósticos no equivale ni a la necesidad percibida de tratamiento médico o psicológico, ni a la aceptación clínica del diagnóstico. Hay elementos muy relevantes relacionados con la percepción de la persona como víctima o superviviente, la narrativa construida sobre los hechos y el modo en que la persona se percibe en ella tienen una relevancia capital para sufrir TEPT y su decisión para tratarlo (McQuaid, Pedrelli, McCahill y Stein, 2001).

CONCLUSIONES.

El TEPT es una respuesta a un incidente crítico y como tal es un factor de estrés, el evento que inicia la respuesta. Los eventos que pueden producir TEPT tienen diversas características, dichos eventos estresantes son aquellos acontecimientos que provocan cambios en el funcionamiento de un sistema. Los acontecimientos estresantes puede ser positivos o negativos, y mientras que algunos son normales y predecibles, otros no. En general, los eventos pueden ser clasificados como eventos estresantes normativos (factores de estrés que se producen en puntos de transición normal del desarrollo) o no normativos (circunstanciales) que son eventos estresantes de situaciones inesperadas. El grado de intensidad en que se experimenta la crisis causada por factores de estrés externo depende de los recursos individuales y sociales disponibles y la atribución que se asocia al evento estresante.

Como pudimos ver, identificar el TEPT es un procedimiento que, a pesar de su aparente sencillez, implica muchos recursos intelectuales, emocionales y de relación interpersonal que debe desplegar el interventor o apoyador psicológico cuando las personas lo presentan. No cabe duda de que se requiere una gran sensibilidad, paciencia y empatía, si es que no valentía, para poder apoyar a las personas que presentan TEPT.

Identificar el impacto emocional de TEPT sigue pasos sencillos, con criterios identificables que ayudan a entender lo que está pasando en la persona y de esta menera los familiares o apoyador emitir una acción que lo ayude a salir más rápido de la misma. Una intervención con un especialista como los profesionales de la salud debe ser llevada a cabo por personal entrenado en terapia para que de esta manera se identifiquen las áreas problema por las que pasa la persona como secuela de la exposición al evento de traumatico. La intervención inmediata por un no profesional de la salud puede ser de gran importancia sin embargo es necesario que las personas tengan un entrenamiento y capacidad para aplicarla, independientemente de su capacitación profesional, dadas las condiciones mundiales de vulnerabilidad social y natural. Esta capacitación es vital cuando de profesionales de atención a personas en condiciones de amenaza y vulnerabilidad psicológica se trata (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, bomberos, socorristas, policías, abogados y profesores, entre otros); además considerando que son más frecuentes las llamadas crisis del desarrollo que llevan a muchas personas, aun muy jóvenes, a tomar decisiones extremas, como el suicidio y la violencia como víctima u observador de la misma.

La aplicación de un tratamiento psicologico obviamente debe estar dirigido a personas que sufren una TEPT (por el desarrollo o cambios súbitos en su situación así como en pérdidas afectivas) por experimentación de violencia física, sexual, intra y extrafamiliar y desastres naturales. También se puede aplicar a personas con un diagnóstico médico, judicial, o de otra índole que sea adverso y ataque su sentido de vida.

Finalmente el conocimiento y aplicación del procedimiento de intervención del TEPT es necesario para todas las personas y obligatoria para todos aquellos profesionales de la psicología, la medicina, trabajo social y todos los que atienden urgencias en desastres naturales, provocados y que brindan atención a población vulnerable en cualquier etapa de vida. Intervenir significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

REFERENCIAS

Alcina, E. (2003). Vulnerabilidad psicosocial asociada al hecho catastrófico. ***Apuntes de Psicología, 21***(2), 377-89.

American Psychiatric Association. (2014). ***Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5a ed***. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

American Psychologycal Association.(2010). ***Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.)***. México: Manual Moderno.

Benyakar, M. (2003). Desastres y salud mental. Abordajes teóricos y modos de intervención. ***Revista de Psicotrauma para Iberoamérica***, ***2***(1), 14-36.

Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, y F., González, M. P. (2000). Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. ***Actas Españolas de Psiquiatria, 28***, 207-218.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. ***Archives of General Psychiatry, 55***, 626-632.

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. ***Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 40***, 20-34.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumatico en distintos tipos de víctimas. ***Anáilis y Modificación de Conducta, 24***, 527-555. Recuperado de: http://masterforense.com/pdf/2004/2004art19.pdf

Esbec, E. (2000). ***Evaluación psicologica de la víctima***. Madrid: Edisofer.

Foa E. B., Hearst-Ikeda D. E., Perry. K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. J. ***Consulting and Clinical Psychology, 63***, 948-955.

Foa, E, B, Hearst-Ikeda, D,E, Perry, K,J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. J. ***Consulting and Clinical Psychology, 63***, 948-955.

Ford Julian. D. (2009). Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions First ed. ***United State of America: Elsevier Inc***, 1-278.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M.,Gold, J., & Vlahov D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. New England ***Journal of Medicine, 346***, 982-987.

Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiological catchment area survey. ***New England Journal of Medicine, 317***, 1630-1634.

Jenkins R, Lewis G, Bebbington P et al (2003). The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain-initial findings from the household survey. ***Int Rev Psychiatry, 15***, 29-42.

Keane, T.M. (2003). Mississippi scale for combat-related postraumatic stres dosorder: there studies in realiability anda validity. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56***, 85-90. Recuperado de: http://webs.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm

Kessler, R, C.(1995). Post-traumatic stress disorder in the nacional comorbidity survey. ***Archives of General Psychiatry, 52***, 1048-1060.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. ***Archives of General Psychiatry, 52***, 1048-1060.

McQuaid, J. R., Pedrelli, P., McCahill, M. E., Stein, M. B. (2001). Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. ***Psychological Medicine, 31***(7), 1249-1257.

Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G.., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., y Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexica. ***Salud Pública de México, 45***, 8-22.

Nemeroff. C., Bremner. J., Foa. E., Mayberg. H, North. C, & Stein. M.(2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. ***J Psychiatric Res***, 40,1-21.

Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). Prevalencia de trastornos mentales y su uso de servicios: Resultados de la Escuenta Nacional de Epidemiologia Psiquiátrica en México. ***Salud Mental, 26*** (4), 1-16.

Norris., Murphy., Baker. y Perilla.(2004). 60,000 disaster victims speal: Part I. An empirical review of the empirical literature. ***Psychiatry Inyerpersonal and Biological Processes, 65***, (3), 207-239.

OMS.(2006). ***Trastorno de Estrés Postraumatico***. Hoja de hechos 236. Encuesta Nacional de Salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud.(2002). ***Desafíos para la educación en salud pública: Nuevas perspectivas para las Américas***. Washington D.C: OPS. p. 32.

Perez-Sales. (2006). ***Trauma, Culpa, Duelo. Hacia una Psicoterapia Integradora***. Bilbao: Desclee. p. 596.

Robles, S., y Medina, A. (2002). ***Intervención psicológica en catastrofes***. Madrid: Síntesis.

Stein, M., Walker, J.R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. ***American Journal of Psychiatry, 154***, 1114-1119.

The ESEMED ⁄MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the Euro pean Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. ***Acta Psychiatr Scand 109 (Suppl. 420***), 21–27.

World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: http://www.who.int/iris/handle/10665/42326

Yasan, Saka, Ozkan y Erterm. (2009). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. ***Behavior Therapy, 26,*** 487-499.

Familias mexicanas ante situaciones de desastre
Dra. Nélida Padilla Gámez

La familia según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el Estado, pues constituye el grupo social fundamental en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer las necesidades básicas de todo individuo. Además constituye el ámbito en el cual los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto donde se construye la identidad de las personas por medio de la trasmisión y actualización de los patrones de socialización (INEGI, 2016).

La familia mexicana ha experimentado cambios de gran relevancia en las condiciones sociodemográficas que influyen de manera directa en la conformación de los arreglos familiares, vinculados principalmente con los patrones del crecimiento económico, el incremento de la fuerza de trabajo asalariada, la migración del campo a la ciudad y la consiguiente expansión de las principales ciudades del país.

Así también se observan cambios de orden demográfico respecto al comportamiento de la fecundidad, mortalidad, migración interna e internacional, una mayor inserción de las mujeres en el campo laboral, variaciones en las tendencias de la nupcialidad así como de la disolución conyugal, entre otros, que han impactado la conformación, evolución y estructura de la familia, o mejor dicho, de la diversidad de las familias mexicanas (INEGI, 2016).

Algunos Datos

La clasificación propuesta por el INEGI (2016) divide a las familias principalmente en nucleares, compuestas principalmente por el jefe, su cónyuge y/o hijos, un jefe con sus hijos o pareja sin hijos que representan 67.7% de la población. También define a los hogares extensos, integrados por un hogar nuclear al que se agregan parientes o no parientes, estos conforman el 21.5%. Los primeros se agrupan en el 68.6% de la población y los segundos un 31.3 %.

Los hogares nucleares presentan una mayor proporción de menores de 15 años (29.1%), respecto a los hogares extensos (26.9%); mientras que los hogares extensos tienen una mayor proporción de adultos de 60 años en adelante (12.3%) que los nucleares (8.7%).

Los hogares nucleares presentan una similar proporción de hombres (49.7%) y mujeres (50.3%); mientras que los extensos tienen mayor presencia de mujeres (53.8%) que de hombres (46.2 %; INEGI, 2016).

Dentro de las características sociodemográficas de las jefas y jefes del hogar se encuentra que en México, la proporción de hogares encabezados por una mujer continua aumentando pasando del

17.3% en 1990 al 26.4% en 2014. Esta tendencia se deriva de las siguientes situaciones: viudez como resultado de una mayor sobrevivencia y en consecuencia una esperanza de vida más alta de las mujeres; el aumento en el número de las separaciones y divorcios; el incremento en el total de madres solteras; y los importantes contingentes migratorios mayoritariamente masculinos. Por su parte, el 73.6% de los hogares tiene como jefe de familia a un hombre. En promedio las familias en México tienen cuatro integrantes (INEGI, 2016).

La familia es la institución más antigua y más resistente a los cambios sociales, políticos, culturales y económicos. Se trata de un sistema complejo, cuya permanencia a lo largo del tiempo proviene probablemente de su capacidad de adaptación, al ir variando sus funciones y su estructura en función de los cambios históricos y sociales. En los últimos tiempos, debido a la crisis económica y a las dificultades sociales, se gesta un importante núcleo de solidaridad dentro de la sociedad ya que amortigua los efectos dramáticos de los problemas que afectan a sus miembros, contribuyendo así a la estabilidad y permanencia de esta en la sociedad. La familia cambia para permanecer y de esta manera proteger su continuidad (Moreno, 2014).

La familia ha sido definida de diversas formas, distintas perspectivas atendiendo a criterios como la consanguinidad, la relación legal, los lazos emocionales y hoy en día sus múltiples configuraciones. Varios autores coinciden en considerar a la familia como el primer sistema social, Minuchin (2011) la define como un grupo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo que difieren de acuerdo a los parámetros de las diferencias culturales, pero que poseen raíces universales, aunado a los retos que se les presentan por sus propias características y momentos de vida (Moreno, 2014).
La familia se concibe como un grupo social primario, en donde se puede encontrar convivencia entre varias generaciones. Los miembros de dicho grupo están unidos por lazos de parentesco y una historia que se escribe y desarrolla a través del tiempo (Losada, 2015).
Al respecto Guiddens (1998) refiere que una familia “es un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos” (Hernández, s/f).

Caracterización de la Familia Mexicana

Por su parte, la familia mexicana posee ciertas particularidades que la hacen diferente a las familias de otras culturas y por tanto se torna importante considerar dichos aspectos para su abordaje e intervención.

Díaz Guerrero (2003) investigó a las familias mexicanas durante más de cuatro décadas, desde una perspectiva sociocultural y transcultural (es decir, comparó a los mexicanos con otros grupos culturales en el mundo). En estos estudios, de sus hallazgos más relevantes se encuentra que el

enaltecimiento de la madre, por ser la encargada de proporcionar amor a sus integrantes, se le concibe como abnegada y autosacrificada; mientras que la figura del padre está relacionada con la supremacía y el poder, obteniéndose así, una mezcla de amor y poder al interior de la familia, donde el poder lo tiene el hombre y el amor es territorio de la mujer.

Desde este lugar Díaz Guerrero (2003) propone las Premisas Histórico Socio Culturales (PHSC) como unidades o construcciones empíricas referentes a la forma en que se perciben las personas a sí mismas, a sus familias, a sus roles, relaciones, al empleo del lenguaje cotidiano a través de los dichos y proverbios entre otros. Son nueve las PHSC: machismo, obediencia afiliativa, virginidad, consentimiento, temor a la autoridad, status quo familiar, respeto sobre amor, honor familiar y rigidez cultural.

De los hallazgos empíricos respecto a la familia mexicana se observa que el respeto junto con la apreciación hacia la figura del padre y la madre son valores inherentes que se constituyen en componentes primordiales para este grupo social. Para la familia mexicana el amor y la unión son vitales, situación que antepone los intereses individuales contra los familiares. La familia se constituye como un factor decisivo en la formación del autoconcepto de los hijos, en el que las emociones tienen un papel fundamental en la toma de decisiones (García Méndez, 2007).

Por su parte, López (1982; cit. en García Méndez, 2007) menciona un conjunto de características que se observan en la población mexicana, mismas que se presentan en las dinámicas relacionales en mayor o menor grado dependiendo de la región, estrato social y grupo cultural de los individuos son:

1. La polarización de los roles. Aunque hoy en día se observa una gran transformación en cuanto a la participación de hombres y mujeres, la tendencia es que las labores domésticas, la crianza y educación de los hijos recaigan principalmente en las mujeres.
2. Identidad de género. El ausentismo de los hombres en la crianza de los hijos propicia que la mujer sea el centro de las relaciones emocionales, de ahí que se tenga una sobrevaloración de culto hacia la madre.
3. La educación sexual tiene un carácter informal en la familia, el sexo es tabú. El aprendizaje sexual se da en los grupos de amigos y por los medios de comunicación.
4. Estructura familiar autoritaria. El hombre juega un papel de dominio y la mujer un papel de sumisión, observándose un claro ejemplo de relación asimétrica en torno a lo que se viven en la familia y lo que está sucediendo fuera de ella.
5. Las relaciones sexuales. En el transcurso de la relación de pareja, ésta generalmente se deteriora, entre otras razones, por el desplazamiento de la atención hacia los hijos, convirtiéndose éstos, en la principal razón para permanecer unidos.

6. La doble moral en hombres y mujeres. Podría parecer que esta situación está en transformación, no obstante se observan una serie de comportamientos que son permisibles en el hombre y castigados en la mujer, por ejemplo: la fidelidad, la no-maternidad.
7. Los hijos. En zonas rurales o en las zonas urbanas marginadas se observan altos índices de madres e hijos abandonados y adolescentes con embarazos no planeados.

Dadas las características antes mencionadas, se infiere que por ejemplo las PHSC son un marco conceptual que coadyuvan a entender las singularidades que posee nuestra cultura representada a través de las familias mexicanas; en este sentido las PHSC son uno de los pilares que subyacen las relaciones familiares que de manera conjunta con los mitos y ritos, les dan identidad y sentido de pertenencia a los miembros de una familia. Ahora bien, el nivel de escolaridad, las historias de vida y la aculturación, entre otros, tienden a modificar las premisas y por ende las relaciones familiares, observándose un incremento en la diversidad de familias, destacando las nucleares y monoparentales en la cultura mexicana. Aun y con las grandes transiciones, prevalece una organización patriarcal en la familia y de las estructuras sociales de la cultura mexicana, lo que se ve reflejado en los roles de género desempeñados por hombres y mujeres, en la distribución del poder, en la permisividad de las relaciones extramaritales, y en general en el funcionamiento familiar.

Al interior de la dinámica familiar

La familia se concibe como un sistema abierto conformado por un grupo complejo de sujetos en permanente evolución, que comprende miembros en fases desiguales de crecimiento que desempeñan roles y funciones interrelacionados y diversificados. Busca contribuir con el logro progresivo de la identidad, sentido de valía personal y profesional, cuidado, organización y desarrollo de sus integrantes (Losada, 2015). Las funciones familiares presentan objetivos internos relacionados con la protección social de sus integrantes, convirtiéndose ésta en una de sus principales motivaciones además de ayudar a cumplimentar objetivos externos inherentes a la adaptación a una cultura y la trasmisión a sus miembros a través de procesos de enseñanza y aprendizaje (Losada, 2015).

Por su parte, el sistema familiar está organizado y sustentado por la cohesión, apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros (Minuchin, 2011) también incluye mecanismos que le posibilitan auto perpetuarse y modificarse. La familia es considerada la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros de ahí su importancia, pues debe adaptarse a la sociedad y posibilitar la continuidad de la cultura (Losada, 2015).

En tal sentido, a través del tiempo se han desarrollado investigaciones tanto en lo clínico como en lo social, destacando la importancia de ubicar a las familias y sus integrantes en determinado

momento o etapa de la vida, a esto se le ha denominado como “ciclo vital de la familia” en el cual la familia transita una serie de etapas cada una con una complejidad creciente, debido a las influencia de las características psicológicas de sus miembros y de las variables culturales, sociales y económicas del entorno. Se distinguen períodos de equilibrio y adaptación, pero también períodos de desequilibrio y cambio. Pasar de una etapa a otra exige una transformación del sistema familiar. Cada nueva etapa representa una posible amenaza para el orden familiar, generándose un conflicto entre mantener el estatus anterior o transformarse y adaptarse a nuevas demandas (Moreno, 2014).

Esta idea colabora en el entendimiento secuencial de las familias, sobre todo por las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Parece interesante incorporar a este análisis la importancia de los guiones generacionales respecto a ciertos modos de relación, su historia y experiencia a través de la historia de esa familia (Moreno, 2014).

Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por tanto no se espera que existan formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas. No obstante, se considera que el ciclo vital es una secuencia ordenada y universal, prácticamente predecible, en la que la solución de una etapa va a facilitar la superación de la etapa posterior, plantando demandas específicas que se denominan tareas evolutivas.

Ciclo vital de la familia

La familia a lo largo del tiempo elabora ciertas pautas de interacción, mismas que constituyen la estructura familiar, dirigen el funcionamiento de los miembros de la familia a través de un repertorio de conductas que facilitan u obstaculizan la interacción. Los problemas en las familias surgen cuando se cuestiona el nivel de tolerancia del sistema o cuando se vulneran los límites del equilibrio familiar, de tal forma que puede generarse un síntoma (Minuchin, 2011).

Hoffman (1992; en García Méndez, 2007) refiere que la familia realiza ajustes y cambios en su estructura en función de sus necesidades internas y la etapa del ciclo de vida que cursa, se reorganiza al igual que las generaciones que nacen, envejecen y mueren, si no logra realizar los cambios necesarios, lo más probable es que no sobreviva.

Desde la perspectiva Estructural (Minuchin, 2011) el síntoma se conceptualiza como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento para su desarrollo.

De tal forma que el síntoma aparece entre otras cosas, cuando no existe una adecuada adaptación de la familia a la etapa de desarrollo que le corresponde. Por tanto es importante considerar el ciclo vital de la familia, mismo que transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad

creciente. En cada etapa hay periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes y hay también periodos de desequilibrio originados en el individuo o en el contexto. La consecuencia de éstos es el salto a un estado nuevo y más complejo en el que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas. Este se conforma de cuatro etapas:

Formación de la pareja: constituye el Holón Conyugal, surge al momento de establecer un compromiso como pareja, en esta etapa se construyen las nuevas fronteras (límites) que regularán la relación entre la nueva pareja y el entorno (familias de origen, amigos, el trabajo, los vecinos, etc.)

La tarea consiste en mantener contacto con otros significativos y al mismo tiempo crear un holón cuyas fronteras sean nítidas en la medida suficiente para permitir la intimidad emocional en la pareja. Esta deberá armonizar los estilos y expectativas de cada uno y elaborar como pareja sus propias pautas, reglas de relación y comunicación, respecto a la intimidad, afecto, jerarquías, uso del dinero, sexualidad, reglas de cooperación, etc. En esta etapa el holón conyugal debe aprender a sobrellevar los conflictos que inevitablemente surgen cuando dos individuos están empeñados en formar una nueva entidad.

Familia con hijos pequeños: en esta etapa de vida, se espera el nacimiento del primer hijo lo que trae consigo al holón conyugal una serie de reorganizaciones para poder enfrentar las nuevas tareas y obligaciones que trae consigo el paternaje y maternaje, por tanto se vuelve importante la elaboración de nuevas reglas, transitando al holón parental conformado por: madre-hijo y padre-hijo.

Familia con hijos en edad escolar o adolescentes: esta etapa se considera el periodo con los cambios más importantes que se gestarán a lo largo de todo el ciclo vital de la familia, pues ésta tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia: la escuela. Se deben establecer nuevas reglas y por tanto un reacomodo en cuanto las rutinas, los roles y la postura de los padres ante los resultados escolares.

Familia con hijos adultos o también llamada etapa del Nido Vacío: en esta última etapa, los hijos ahora adultos jóvenes, han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, ocupación, amigos, cónyuge. La familia originaria regresa a ser de dos integrantes. Esta nueva fase requiere una clara reorganización cuyo eje será el modo en que padres e hijos se quieren relacionar como adultos.

El subsistema de los cónyuges vuelve a ser el holón familiar esencial para ambos, aunque si tienen nietos, es posible que jueguen el rol de cuidadores, sobre todo en esta época. No obstante, este periodo se concibe como una etapa de pérdida, pero puede no serlo si los cónyuges como individuos

y como pareja aprovechan sus experiencias acumuladas, sus sueños y llevan a cabo sus proyectos que dejaron pendientes, mientras debían dedicarse a los hijos.

Como institución, la familia es la fuente de las primeras relaciones donde nace y se desarrolla un individuo, así también de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, por lo que es la instancia con mayores recursos y que posee el escenario idóneo para promover cambios (Fishman, 1995; en García Méndez, 2007). Así también, es el grupo más importante que subyace el desarrollo psicológico individual, a la interacción emocional y el mantenimiento y desarrollo de la autoestima; en su interior se experimentan los amores y odios más intensos, también se disfrutan las satisfacciones más profundas, en tanto se padecen las desilusiones y pérdidas más dolorosas.

De tal forma, la familia mexicana con sus fortalezas y vicisitudes también es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo que le provee vestido, alimento, casa y afecto. Particularmente para el mexicano, la familia ocupa un lugar preponderante, constituye su organización de pertenencia, independientemente de la región o del estrato social donde se ubique.

Por otra parte, es importante considerar que la vorágine de transformaciones que ha experimentado la sociedad, también ha impactado a las formas tradicionales de concebir y vivir a la familia, la mirada debe ampliarse para considerar la diversidad de configuraciones familiares actuales y la influencia de variables culturales, étnicas, de género, orientación sexual, migración, etc. (Moreno, 2014).
Algunos de estos se describen a continuación:

Divorcio

El número de divorcios se ha incrementado en las últimas décadas, existiendo una mayor aceptación y por tanto se practica más. El divorcio no necesariamente significa que se desarrollen patologías en la familia o en alguno de sus miembros, al igual que la resolución de otras crisis, dependerá de la flexibilidad o rigidez con que la afronten sus miembros, de tal forma también puede ser una oportunidad para crecer.

Género

En la década de los 80´s autoras como Carter y McGoldrick introdujeron la perspectiva de género al estudio del ciclo vital familiar, visibilizando cómo las mujeres han vivido de una manera muy diferente a los hombres en las interacciones y configuraciones afectivas. Su socialización y los estereotipos sexuales no han sido solamente diferentes sino desiguales, en tanto una mujer no podía emanciparse, incluso el divorcio sólo se aceptaba por viudez y sólo en algunos lugares.

Actualmente, la mujer juega un papel determinante en la familia y en la sociedad, su participación activa en el mundo laboral, en el desarrollo de su profesión, en lo social, político y cultural, así como el acceso al control de la natalidad ha producido grandes cambios. En últimas décadas, la mujer ha aplazado la vida en pareja, puede decidir si tiene hijos, cuántos, cómo[1] y con quién, incluso aplazar el embarazo o adoptar.

En lo privado, aunque el reparto de funciones en la familia van cambiando y se observa mayor involucramiento de los varones en el cuidado de los hijos, la conciliación laboral, la repartición de actividades domésticas y la crianza sigue concibiéndose como una tarea propia de las mujeres, haciendo adaptaciones a su trabajo remunerado, llevando la mayoría de las veces "la doble jornada", teniendo que recurrir en frecuentes ocasiones a la ayuda de los abuelos, lo cual propicia nuevos patrones de relación familiar que inevitablemente están modificando los patrones interaccionales de las familias.

El cambio en la percepción de la familia se da con los movimientos sociales surgidos en los años 1960 y 1970, liderados por estudiantes y militantes feministas, desde ese lugar se puso de manifiesto la importancia de visibilizar las crudas realidades familiares, dejando de lado la concepción tradicionalista para comenzar el proceso de cuestionamiento y deconstrucción de la institución (Hernández, s/f).

Desde un marco jurídico, pareciera que la familia está destinada a desaparecer en el futuro; no obstante se han tenido que reestructurar sus concepciones a partir de sus profundas modificaciones, es decir se han tenido que clasificar en familias: a) extendidas, b) alternativas, c) familias que implican la convivencia estable sin matrimonio (con o sin hijos), d) monoparentales, e) familias integradas por personas del mismo sexo y f) familia tradicional (Hernández, s/f).

Familias monoparentales

En estas familias, un progenitor es el responsable de los hijos e hijas menores o dependientes. La mayoría de estas familias tienen su origen en la separación, el divorcio o fallecimiento de uno de los padres, aunque se está produciendo un incremento de mujeres solteras que deciden tener hijos o adoptarlos sin la presencia de una pareja. Así también, se observa cada vez con más frecuencia a padres que por diferentes circunstancias asumen el cuidado cotidiano de sus hijos e hijas, ejerciendo su paternaje sin la presencia de una pareja, ya sea por adopción o asumiendo la custodia de los hijos fruto de una relación anterior.

[1] Hoy en día la ciencia de la reproducción muestra avances agigantados, lo que favorece y facilita que hombres y mujeres puedan ejercer su maternaje y paternaje independientemente de un proceso natural. Existe la fecundación in-vitro, vientres subrrogados, adopción, etc.

En los procesos de migración se observa un fenómeno interesante, ya que es común encontrar que uno de los padres se haga cargo durante un periodo de tiempo de la familia hasta que consiguen la reagrupación familiar, en otros casos se quedan en familias monoparentales.

Familias Homoparentales

Cada vez es más frecuente la visibilización de parejas de gays y lesbianas en nuestro país. Las familias homoparentales son aquellas cuyas figuras parentales que están conformadas por personas del mismo sexo. Estas se refieren a parejas gay y lesbianas que acceden a la maternidad o paternidad, como a las familias constituidas por una pareja gay o lesbiana que educa y vive con los hijos de alguno de sus miembros, producto de una relación heterosexual previa. En el 2009, se aprueba en México la ley de matrimonio entre personas del mismo sexo que otorga a las uniones homosexuales los mismos derechos que las parejas heterosexuales, con esto, se legitima legalmente este tipo de configuraciones familiares. No obstante, aún existen altos índices de discriminación en dicha población (Angulo Menassé, Granados Cosme, & González Rodríguez, 2014).

Situación económica

Actualmente la coyuntura económica de la sociedad y la situación particular de cada familia pueden generar diferencias dentro del ciclo vital de la familia. El que los jóvenes tengan cada vez menos oportunidades implica que permanezcan más tiempo en casa, que se extienda el periodo de adolescencia y se retrase su ingreso al mundo laboral generando demoras y dificultades para la emancipación y para materializar un proyecto de vida.

Con esta situación económica también nos estamos encontrando con más casos en los que la familia nuclear vuelve a convivir con los abuelos, debido a los escasos ingresos o por que se unen fuerzas económicas con los ingresos de los abuelos.

El papel de las mascotas en la vida familiar.

Hoy en día es cada vez más frecuente en ciertos sectores de la sociedad la inclusión de las mascotas en la vida familiar, incluso, muchas familias contemporáneas deciden intercambiar el tener hijos por tener mascotas, ya sean perros, gatos, hurones, etc. De entre los beneficios de esta nueva configuración familiar se encuentra el que la necesidad de paternaje o maternaje se pueden verter en la crianza y cuidado de una mascota, en los casos en los que se decide no engendrar, no obstante en las familias en las que también se tienen hijos, las mascotas tienen un lugar importante en la dinámica familiar.

Algunos estudios han evaluado los efectos de la vinculación entre personas y animales en la salud mental. Las mascotas ayudan a disminuir alteraciones psicológicas, reducen la sensación de soledad e incrementan el sentimiento de intimidad, conduciendo a la búsqueda de la conservación

de la vida en personas enfermas (Gómez , Atehortua, & Orozco, 2007). En estados de depresión, estrés, duelo y aislamiento social, las mascotas se convierten en un acompañamiento incondicional, aumentando la autoestima y el sentido de responsabilidad, que necesariamente genera una mejor integración con la sociedad. Las mascotas permiten que se desarrolle el sentimiento de apego en los niños.

En un estudio realizado por Wood, Giles & Bulsara (1999; cit. en Gómez , Atehortua, & Orozco, 2007) encontraron que los dueños de mascotas rara vez o nunca se sentían solos, les era fácil entablar nuevas amistades y tenían un mayor número de personas a quien recurrir ante una eventualidad o crisis, en comparación con personas sin mascotas (Gómez, Atehortua, Orozco, 2007). Con base en lo anterior, es innegable el papel que juegan las mascotas en la vida de las personas, sobre todo al momento de evaluar las etapas y contexto de las familias en general.

La esperanza de vida

Por otro lado, la esperanza de vida se ha incrementado considerablemente; las personas mayores van en aumento y nos encontramos ante un envejecimiento activo, es decir, mayores que participan en aspectos de la vida familiar y comunitaria y por otro lado, un envejecimiento patológico y el consecuente aumento de las situaciones de dependencia.

En tal sentido, como consecuencia de la suma de la situación económica y del incremento en la esperanza de vida, encontramos familias con nido repleto (por lo menos tres generaciones en la misma vivienda) conviviendo entre sí, con los mínimos recursos y probablemente con alguna enfermedad crónica.

En resumen, (Hernández, s/f) sugiere algunos aspectos en los cuales se observan las nuevas pautas de organización que han impactado a la familia en la sociedad actual:

a) la reducción de la familia a la llamada familia nuclear, formada por la pareja y los hijos que conviven con ella, o ahora la del cónyuge divorciado o madre soltera con hijos;

b) los poderes familiares están sometidos a controles legales, avanzando hacia la desaparición de vínculos autoritarios, construyendo con ello grupos familiares con base en el reconocimiento de la igualdad entre sus miembros;

c) el pluralismo jurídico, pues no se puede limitar a sólo un modelo o sistema único de familia, sino debe admitir la coexistencia de múltiples posibilidades; y

d) la participación del Estado en asuntos familiares es subsidiaria cuando los integrantes de la familia no cumplen con sus deberes de protección y respeto que se deben gestar entre ellos;

e) se ha erosionado sensiblemente el patriarcado que existía al interior de las familias, de forma que el poder del padre y del marido ha ido disminuyendo en favor de una mayor igualdad entre los miembros de la familia;

f) se ha secularizado la sexualidad, alejándola de los tabúes religiosos y no haciéndola dependiente de la existencia de vínculos afectivos y/o familiares. (Hernández, s/f).

Con todo lo anterior podemos concluir la pluralidad y complejidad que rodea la diversidad de configuraciones familiares, aspectos que deben considerarse para evaluar, trabajar o intervenir con ellas. Como profesional de la salud, es crucial sensibilizarse ante todas sus características, dinámicas, potencialidades, carencias, dificultades, etc., tanto del individuo en su contexto social y cultural, como de la familia en su totalidad. De tal manera, uno de los objetivos de este capítulo es mostrar algunas herramientas en el abordaje con familias ante situaciones de desastre, pues se deben considerar una multitud de variables con la finalidad de generar comprehensión y contención acorde a las dificultades que enfrentan, por tanto en el siguiente apartado se revisarán algunas sugerencias de cómo intervenir con grupos que pueden incluir o no familias enteras (nucleares y extensas) para la generación de propuestas viables en la solución de problemas.

La familia ante situaciones de desastre

Es innegable que la naturaleza es dinámica, está viva y por tanto cambia constantemente. Esto para los seres humanos muchas veces puede significarse como un “desastre” o “catástrofe”; incluso en algunas ocasiones se les denomina “catástrofes nacionales” (Contreras Gutiérrez & Desatnik Miechimsky, 2010).

Podemos incluso, definir un hecho o situación como desastre cuando involucra una pérdida significativa para un sujeto o grupos de sujetos, y ante la cual se produce una reacción postraumática. La pérdida de un objeto o situación, incluso en el peor de los casos un ser amado, puede significar una catástrofe a nivel personal y familiar, pero cuando se afecta a un grupo considerable de personas, suele considerarse como catástrofe nacional. El evento no necesariamente tiene que ser de gran magnitud, ni en número ni en daño, sin embargo sí puede afectar sobre manera al grupo en función de la significación del evento (Contreras Gutiérrez & Desatnik Miechimsky, 2010). Entonces, el tema que aquí nos compete es la afectación del grupo o la población ante la declaración de un evento como “desastre nacional” la cual desencadena fuertes repercusiones a nivel físico, emocional y cognitivo en lo individual como en lo colectivo.

Dentro de los factores a considerar para la afectación de la magnitud de un desastre se encuentran:
1. Cuantificación de los daños en cuanto a pérdidas humanas.
2. Cuantificación de los daños materiales. Edificios dañados y dinero requerido para reanudar las actividades de las personas, reconstruir, etc.

3. Factor sorpresa. Lo inesperado del evento es un factor clave para determinar su magnitud. El factor sorpresa es inherente a un terremoto y generalmente produce grandes catástrofes, ya que no se puede predecir.
4. Prolongación del desastre. La catástrofe puede durar un tiempo corto o extenderse por un tiempo considerable. Nunca se puede saber su duración ni los efectos de este periodo. Algunos autores refieren que mientras más tiempo se alargue el evento, más se desorganiza la personalidad del individuo y su familia; otros han encontrado que se puede desarrollar un proceso de inoculación al desastre; otros por su parte, señalan que en eventos como hambre o pobreza no se presenta el fenómeno de inoculación.
5. Experiencias anteriores. La experiencia previa ante situaciones semejantes puede determinar el tipo de reacción que puede manifestar un individuo y la población en general ante el desastre.
6. Mentalidad nacional. Las reacciones de las personas varían según sea su idiosincrasia nacional. En nuestro país, se observa una notable solidaridad, apoyo, unión, lo cual nos habla de una misma forma de afrontar los siniestros generalmente en lo colectivo, más que en lo individual.
7. Edad de las personas afectadas. No será el mismo impacto para los diferentes sectores de la población, la edad afecta probablemente más a los niños. Ya que estos no cuentan con los recursos cognitivos ni emocionales para procesar la experiencia, lo cual puede conducir a la manifestación posterior de algún problema.

Como se observaba en el ciclo vital de la familia, la adolescencia es un periodo particularmente vulnerable ante situaciones externas. En el caso particular de los sismos, esta población se ha comportado propositivamente, aceptando retos y manifestando mayor resistencia al trabajo físico y probablemente emocional.
8. Nivel de salud mental individual. En eventos catastróficos es común encontrar reacciones neuróticas y psicóticas en función del estado previo de salud mental. Aquellos que padecían alguna afección sin ser atendida, o resuelta desde antes del evento, tienden a manifestar dichas conductas en forma más acentuada (Contreras Gutiérrez & Desatnik Miechimsky, 2010).

De esta manera es que surge la necesidad de atender y considerar todas las variables antes mencionadas, y en tal sentido un modelo que coadyuva a realizar un abordaje sistemático y sistémico es la terapia de red, como una herramienta que genera grandes cambios y en corto tiempo, asumiendo que el poder del mismo (cambio) se encuentra en el contexto grupal y familiar.

Terapia de Red / Intervención en Red

La terapia de red se utilizó hace algunas décadas con las familias que después de haber intentado diversos procesos terapéuticos, los problemas sobrepasaban cualquier intervención. Hoy en día se ha comprobado que con la participación del grupo, comunidad, o red, se obtienen mejores resultados, las problemáticas se destraban y se genera un cambio en uno o varios de los integrantes de la red.

La intervención en red se define como un enfoque clínico para los dolorosos problemas de una persona o de una familia, en el cual un equipo terapéutico de por lo menos dos miembros actúa como catalizador de todas las personas interesadas en la resolución de un problema. También se le conoce como “intervención en caso de crisis” o “terapia de crisis” por la capacidad que tiene el modelo de atender a varias personas implicadas en la misma problemática (Elkaîm, 1987).
Aún y cuando este modelo se aplica hace ya varias décadas es poco conocida en nuestro país, ha sido una herramienta que se ha desarrollado más en otros países de Latinoamérica; uno de sus principales teóricos y promotores ha sido Sluzki (2010), quien describe los elementos a desarrollar para llevar a cabo la intervención en red.

La red social es un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia (Sluzki, 2010).

La Estructura

- **Matriz social**: es la totalidad de los contactos y contextos sociales del individuo. Esta matriz puede estar estructurada, pero abarca también las relaciones amorfas e inexpresadas y puede revestir diversas formas.
- ***El nexo***: las relaciones humanas relativamente durables que se traducen en un contacto visual y tangible.
- Entre ellas encontramos el núcleo familiar y las relaciones profesionales cotidianas, pero también los amigos, los vecinos y los comerciantes altamente representados en el espacio y el tiempo.
- El contacto con el *nexo primario* frecuentemente da acceso a un contacto secundario entre los seres humanos, aunque de hecho hay por lo menos dos niveles de contactos que dependen del nexo: p. ej. Amistades de años menos cargadas de afectividad.
- ***El vínculo:*** es el lazo, el eslabón entre personas. Los vínculos entre miembros de un nexo son los lazos más cargados de afectividad entre todas las relaciones humanas.
- ***Grupos:*** son relaciones humanas con vínculos más o menos laxos, pero que funcionan en un marco estrictamente formal.
- ***Clan:*** relaciones intermedias entre el nexo y el grupo. Sus reglas están menos codificadas y suele ocurrir que se desintegren por completo.
- ***Plexo:*** es un individuo o un pequeño nexo que representa el centro focal (o núcleo) de las relaciones de un grupo, de un clan o una red.
- Es el vasto dominio de las relaciones de un individuo o de un plexo en su representación espaciotemporal.

- La red aunque tenga una visibilidad débil, posee en contraste propiedades considerables en cuanto al intercambio de información.
- Una red es poco formal: puede que algunos individuos son conocidos por gran cantidad de los miembros de esa red, otros no son más que un lazo entre dos miembros y a menudo sin que lo sepan A puede conocer a B y B a C, pero A y C pueden ignorar que ambos conocen a B.

La técnica

- El Equipo terapéutico se conforma por:
    - El Jefe de equipo
    - El interviniente
    - Un experto en técnicas de grupo
    - Dos o tres miembros llamados consultores: su labor es revisar que pasa dentro del lugar, atentos a los comentarios, reacciones y el afecto del grupo.
    - El equipo es el catalizador que hace progresar la acción.

Las reuniones

- Se llevan a cabo una o dos veces por semana
- Duración: una o dos horas.
- El tiempo necesario para hacerse una idea clara de su situación (es).
- La función de la red es generar un grupo tribal. Ahora vivimos en una red, casi invisible.
- ***En todas las antiguas sociedades tribales, la tribu se ocupaba de resolver los problemas existenciales de sus miembros.***

La metodología

1. ***Retribalización***: el interviniente pide silencio, expone durante tres minutos el fenómeno tribal y habla del motivo de la reunión.
    - Se pide a los participantes que se levanten y se pongan a tararear hasta que se forma una figura que funge como himno tribal. Ej. Gritos de guerra y saltar con ellos varios minutos.
    - Cerrar los ojos y tomados de las manos, dejando que el movimiento del grupo cree el sonido (p. ej. Un arrullo: mmmm)

De esta manera el grupo cobra conciencia de un lazo y presta toda atención.

2. Efecto de red:

- La polarización: es la formación de subgrupos rivales (en la misma red, una parte puede estar a favor de resolver el problema de determinada manera, y la otra parte, no estar de acuerdo). Esta se centra en los conflictos gestados en la red, o en el tema a tratar incluso los dilemas.
- Tiene el efecto de reforzar la energía del grupo que se acaba de construir.

- El equipo favorece la discusión y exposición de los convocados, de ahí surgen ciertos «líderes» a los cuales se les denomina ***activistas.***

3. La movilización

- La polarización conduce luego a la movilización de los activistas, que ayudarán a la tribu a explicar sus objetivos y sus planes, organizarán y animarán pequeños grupos de respaldo para cada miembro de la familia, grupos que serán consultados y a los cuales se recurrirá en caso de crisis.

4. Resistencia- Depresión

- Es una fase en el cual pasan todos los grupos.
- El equipo puede aportar asistencia durante esta fase recurrente a través de miniencuentros, manifestaciones de aliento o cualquier otro método tendiente a recrear la retribalización o la polarización.

5. El alcance de objetivos.

- Consiste en redefinir cada logro en nuevos objetivos.
- Pueden aparecer sentimientos de logro y plenitud, seguidos de agotamiento y de la sensación de que algo ha culminado.

6. Hablar del problema

En esta etapa, las familias y los integrantes del grupo se colocan en círculo. En este se motiva a que alguien comience a expresar las experiencias vividas en los últimos días y cómo se ha sentido al respecto. El conductor resume las experiencias relatadas, destacando aquellas que son similares y recapitulando los problemas más importantes a los que las familias y el grupo se han enfrentado.
Se hace hincapié en cómo muchos de los sentimientos expresados son comunes. Todos estamos revestidos de la misma “piel emocional” desencadenada a partir de la vivencia del mismo suceso.

7. Elaboración de un plan de trabajo.

A partir de las problemáticas planteadas y las soluciones propuestas, el o la facilitadora sugiere al grupo elabore un plan de acción para los días subsecuentes. Se recomiendan los siguientes pasos:

a) Jerarquización de los problemas
b) Calendarización de las acciones
c) Asignación de tareas y delimitación de funciones
d) Organización interna del grupo para efectuar las tareas.

Finalmente las reuniones pueden desarrollarse las veces que sean necesarias, tal vez una vez por semana, o dada la emergencia, diariamente. Un aspecto importante a destacar es la función del equipo terapéutico como catalizador de emociones y sentimientos en el grupo, al tiempo que se deben promover, es tarea del equipo cuidar que no se desborden al grado que generen conflicto, por tanto la importancia de capacitarse adecuadamente en el desarrollo e implementación de este

modelo. También se recomienda que el equipo terapéutico tenga reuniones periódicas para supervisar el movimiento de la red y generar nuevas posibilidades o áreas de oportunidad a trabajar o cuidar.

Referencias

Angulo Menassé, A., Granados Cosme, J., & González Rodríguez, M.-M. (2014). Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa. . *Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia.*, 221-236.

Contreras Gutiérrez, O., & Desatnik Miechimsky, O. (2010). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de desastre. En E. Galindo, *Intervención de Psicólogos de la UNAM Iztacala después de los sismos de 1985 en México* (págs. 69-90). México: Amapsi.

Elkaîm, M. (1987). *Las prácticas de la terapia de red. .* España: Gedisa.

García Méndez, M. (2007). *La infidelidad y su relación con el poder y el funcionamiento familiar: correlatos y predicciones.* (T. d. publicada, Ed.) México.

Gómez , L., Atehortua, C., & Orozco, S. (2007). La influencia de las mascotas en la vida humana. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 377-386.

Hernández, V. K. (s.f.). La Crisis en la Percepción de la Familia. Un enfoque de género. *Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM*, 20. https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2834/30.pdf. Recuperado el 3 de junio del 2018.

INEGI. (2016). *Estadísticas a propósito del Día de la Familia Mexicana (6 de Marzo).* Aguascalientes, Aguascalientes.: INEGI.

Losada, A. V. (2015). *Familia y Psicología.* Buenos Aires: Dunken.

Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención.* España: Desclée de Brouwer.

Sluzki, C. (2010). Personal Social Networks and Health: Conceptual and Clinical Reciprocal Impact. *Families Systems & Health*, 1-18.

Diversidad Sexual y Salud Mental ante las Crisis

Mario Fausto Gómez Lamont
Colectivo de Estudios de Género SUAyED UNAM FES Iztacala

En México, el suicidio es la segunda causa de muerte (INEGI, 2016; 2017), tan solo en el año 2008 el 52% de las personas suicidas, pertenecían a edades de entre los 15 y 34 años, para el año 2009 INEGI marcó que el 51% de los suicidios se llevaban a cabo por personas de entre 15 y 25 años, que para el año 2010, el promedio aumentó al 84% de suicidas de edades entre 15 y 25 años y para el año 2012, de 5190 suicidios consumados: 4201 eran varones y 989 eran mujeres las que se habían quitado la vida.

De acuerdo a la segregación de datos por sexo, las mujeres tienen una cifra más alta en cuanto a intentos de suicidio, sin embargo, los varones van a la delantera en cuanto a los suicidios consumados. Por otro lado las mujeres tienden a ser menos impulsivas que los hombres, esto se infiere por el uso de métodos menos letales y fulminantes que se diferencia de los varones. Una de las causas principales de suicidio a nivel psicológico y por género se debe a que los varones presentan trastornos afectivos y etapas violentas de afrontamiento a las problemáticas de la vida cotidiana, y que las mujeres tienen una percepción negativa del desempeño personal y relaciones negativas con sus pares, así mismo la presencia de violencia familiar y de pareja, configuran socialmente su intento suicida (Torres, Eguiluz, Gómez, Witt, De la Rosa, 2017).

Comúnmente las personas que presentan identidades de LGBTTTIQA, son más vulneradas socialmente y llegan a presentar ideación suicida en mayor frecuencia, por ejemplo: hombres que tienen sexo con otros hombres, hombres con VIH, hombres transexuales, mujeres que tienen sexo con otras mujeres, bisexuales, transexuales quienes sufren de homofobia, lesbofobia, bifobia y transfobia, que son estigmatizadas y orilladas al suicidio (Álvarez, Sevilla, 2010; Gómez, 2016).

Esta situación se ve reflejada en un número más alto hombres y mujeres transexuales que encabezan las listas de suicidio en EU, Reino Unido y Canadá. En México no existen datos estadísticos oficiales acerca de este tema (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb, Christensen, 2002; Artiñano, 2004).

Una de las primeras acciones ante la “revelación” de la orientación sexual o la condición sexo genérica, las familias recurren a las disciplinas “Psi”, esto con la esperanza de que las/los jóvenes sean *reorientados, o curados* de la homosexualidad, bisexualidad o transexualidad. Las/los jóvenes identifican esta actitud como un rechazo familiar, ante el cual 1 de cada 5 ha pensado en suicidarse (Gómez, 2015).

En 2013 se fundó en la UNAM FES Iztacala la Clínica de Intervención al Riesgo Suicida, de acuerdo al proyecto de investigación PAPIME 304313, esta es una clínica de acceso universal a la comunidad universitaria y parte de sus tareas es formar recursos humanos en el área de la salud mental (Torres, Eguiluz, Gómez, Witt, De la Rosa, 2017). El "Creas" atiende a 400 alumnos en

promedio al año, sin embargo aún no ha desarrollado estudios sobre la relación psicoterapeuta-paciente, no ha habido una revisión curricular del programa de capacitación y no hay capacitación para atender bioéticamente a los sujetos de sexo, género y deseo no hegemónico. En esta misma facultad de la UNAM, se aplicó el inventario de riesgo suicida (Torres, Eguiluz, Gómez, Cols. 2017) a 381 estudiantes, del cual se obtuvo que 118 estudiantes se reconocieron como hombres heterosexuales, 8 se reconocieron como hombres homosexuales y 226 mujeres como heterosexuales, 4 como mujeres homosexuales, 7 se reconoció como hombres bisexuales y 18 como mujeres bisexuales. De los cuales, quienes han intentado suicidarse una vez, lastimándose, haciéndose daño, cortándose, tomando pastillas, asfixiándose, envenenándose con el propósito de morir han sido 6 hombres heterosexuales y 19 mujeres heterosexuales, un hombre homosexual y 6 mujeres bisexuales. Quienes lo han intentado dos veces 1 hombre heterosexual y 7 mujeres heterosexuales, un hombre bisexual y 4 mujeres bisexuales. Quienes lo han intentado 4 ó más veces han sido: un hombre heterosexual y un bisexual, una mujer heterosexual, una bisexual y una homosexual. Datos que pueden revelar que quienes se identifican por el género mujer intersectada por la experiencia heterosexual, bisexual y homosexual tienden a reconocer en mayor medida sus intentos de suicidio (Torres, Eguiluz, Gómez, Cols. 2017).

Altos porcentajes de conducta suicida en la diversidad sexual estuvieron asociados a la discriminación, lo que resalta la importancia de mirar la existencia de una cultural hostil, incluido en ese contexto se encuentra el de la salud mental, donde no habiendo estudios que resalten la relación entre la crisis de identidad sexo genérica y la ideación suicida (Gómez, 2016). Elementos de los cuales me propondré resolver en este artículo. Por lo que me dispondré a compartirles algunas estrategias terapéuticas que se pueden emplear en una situación en crisis que esté viviendo una persona LGBTTTIQA.

Suposiciones básicas del modelo centrado en Soluciones

Este tipo de enfoque se centra en el presente y el futuro, y anima a las personas a actuar y a cambiar su punto de vista (Gómez, 2015; 2016). Eguiluz (2004) describe como objetivos particulares del modelo centrado en las soluciones:

1. Reconocer sentimientos y el pasado sin dejar que determinen el presente.
2. Cambiar aquello a lo que prestamos atención en una situación problemática.
3. Centrarnos en lo que queremos del futuro en lugar de en lo que no nos gusta del presente o del pasado.
4. Cuestionar las creencias que no nos son útiles sobre nosotros mismos y nuestra situación.
5. Utilizar la espiritualidad para trascender nuestros problemas y llevar nuestros recursos más allá de nuestras capacidades corrientes.

Elementos básicos para el trabajo con la comunidad LGBTTTIAQ

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con recomendaciones para el o la psicóloga encargada de atender a la población Lésbica, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero, Intersexual, Asexual y Queer. Que asisten a consulta psicológica.

1. La postura del no saber: refiere a que los y las consultantes son expertos en su propia vida para elaborar soluciones, además, contribuye a pensar éticamente, en los privilegios sociales del terapeuta heterosexual, blanco, clase mediero, universitario/a y urbano. Intersecciones de la identidad que dan visibilidad a la ignorancia que se tiene al tener contacto con alguien culturalmente diferente, esta reflexión contribuye a aceptar los puntos ciegos de la experiencia de vida del o la terapeuta en una sociedad homofóbica como México (Gómez, 2015).
2. Apoya a la construcción de soluciones y éstas, pueden ser muy diferentes para quienes están fuera de la comunidad LGBT. Existe el supuesto heteronormado, el cual, construye una serie de inferencias clínicas, universales, para las personas que asisten a la consulta. Sin embargo, es de menester, recordar que no todo lo escrito en psicoterapia dirigida a la población heterosexual, pueda ser útil para la comunidad LGBTTTIAQ (Gómez, 2016).
3. El reto para los terapeutas en general, es adoptar una postura del no saber nada al respecto del trabajo con esta comunidad. Postura difícil, pero no imposible, en esta, implica hacer una reflexión consciente y aceptar que no se tiene la información adecuada y que la formación sea superior como la licenciatura o el posgrado, no brindó al terapeuta de herramientas adecuadas para atender a este tipo de población en especial (Gómez, 2014).
4. Hay que comenzar por conocer los conceptos del acrónimo LGBTTTIAQ, de igual forma entender que existen identidades minoritarias sexo-genéricas, las cuales obedecen al principio de ser individuos que no se consideran heterosexuales, esto incluye a las personas que su deseo sexo afectivo varía. Las minorías no binarias son personas cuya identidad de género es diferente a su anatomía. Resaltar las diferencias entre sexo y género. El tener una lista que defina el acrónimo LGBTTTIAQ. no te sensibiliza, solo amplía tus conceptos y términos más usuales en esta comunidad. Por lo que es fundamental acompañar este tipo de información con cursos de preparación extra curriculares.
5. Escucha a las/os consultantes y pregúntales ¿cómo se identifican? Para mejorar la relación terapeuta- paciente LGBTTTIAQ. Es primordial iniciar con preguntas curiosas, en las que el/la terapeuta, demuestre su humildad y genuino interés en conocer a la persona que tiene enfrente, así mismo, confirma las suposiciones del no saber y permite que la conversación fluya.
6. Presta atención a los términos que usa el/la consultante para referirse a los demás integrantes de la comunidad LGBTTTIAQ. así como sus referentes culturales: buga, twink, oso, lobo, bareback, a pelo, bottom, Top, bicho, dulces, Grinder, Tinder, Scroff etc. Esta información es primordial, pues, brinda datos de sus referentes contextuales, así como de los posibles riesgos

a los que se encuentra expuesto/a. Por ejemplo: a)Buga.- Es un término común para referirse a los heterosexuales. b) Twink.- Término para referirse a un chico homosexual de complexión delgada, c) Lobo.- Es una forma de nombrar a un hombre homosexual, musculoso y con bellos en piel. d) Oso.- Otra forma de hablar de hombres, homosexuales, de complexión robusta, incluso obesa. e) Bareback.- Es un término que se usa para hablar de una modalidad de relación sexual homosexual. La cual es prenetativa y sin condón, usualmente se le relaciona con "coger a pelo". f) Bottom.- refiere a otra modalidad de la relación sexual, la cual es penetrativa y la actividad es ser el pasivo o el que recibe. g) Top.- Hace referencia a otra modalidad sexual, que es penetrativa, e implica ser el "activo" o el que domina. h) Bicho.- Es una forma de referirse a la condición serológica, es decir, tener "bicho" es tener VIH. i) Dulces.- Significa el uso de drogas recreativas para las relaciones sexuales, entre ellas, pueden ser los poppers, u otros estupefacientes. j) Grinder, Tinder, Scroff, ManHunt, Sisors etc. Son aplicaciones de "ligue" lésbioco, gay, bisexual, transexual. Es importante conocer estas aplicaciones, pues, en sociedades homo, lesbo, trans, bi fóbicas, los sitios de encuentro o ligue quedan reducidos a contactos virtuales.

7. Los hombres y la libertad sexual: en esta comunidad a diferencia de otras son más abiertas en cuanto a los contratos sexo, erótico afectivos. Así que las relaciones abiertas es parte del trabajo con las parejas de hombres gays.
8. Las mujeres y la fluidez sexual: La sexualidad en ellas no necesariamente es heterosexual. En el trabajo con la comunidad LGBTTTIAQ, y en el caso de la Mujeres, muchas de ellas no se nombrarán como lesbianas.
9. Los nombres y los pronombres: ¿Cómo quiere que le nombre?, es importante reconocer la identidad de las personas, este tipo de preguntas ayudan a integrar un sentido de reconocimiento, así mismo, construye la empatía con la o el terapeuta.
10. Las razones por las cuales llegan al servicio de psicoterapia: por ejemplo: prescripción médica debido a un cambio de identidad de género- transgénero, o una transición de una persona transgénero, o una familia que desea un tratamiento de conversión o un joven que pide ayuda por el bullyng en la familia, escuela o el trabajo. Cualquiera que están sean, suponen marcos de comprensión de la discriminación en los sistemas relacionales más amplios. Los cuales no están relacionados con el motivo de consulta real de la persona.
11. La responsabilidad de no dar atención Psicológica cuando no sea necesario: Personas transexuales, transgénero, no binarias, queer, que han sido enviadas a valoración psicológica. Recordar siempre, que la identidad sexual nunca es el principal motivo de consulta, es usual que las y los terapeutas recurran a este tipo de errores de apreciación clínica.
12. Juventudes e infancias trans: en EU, es recomendable que por 6 meses entablen un tratamiento psicoterapéutico afirmativo, esto quiere decir, que explore sus necesidades, es expectativas a futuro y su afirmación identitaria, evitando siempre, hacer presión con respecto

a las expectativas sociales, como reafirmar el miedo a la posibilidad de no tener hijos, o al posible arrepentimiento.

13. Resiliencia en la Comunidad LGBTTTIAQ. ENADIS (2010) 8 de cada 10 adultos no estaría de acuerdo con tener a un integrante LGBTTTIAQ. Estas estadísticas cobran sentido cuando se enlazan con las historias particulares escuchadas en psicoterapia.
14. Las terapias de conversión. Este tipo de terapias tienen por objetivo convertir a alguien de la comunidad LGBTTTIAQ en un cisgénero heterosexual. Sin ver los riesgos de esas prácticas, las cuales incluyen síntomas de depresión, desesperanza, ideación suicida, irá, vergüenza. (Centro Nacional de Derechos Lésbicos).

Terapia Centrada en Soluciones enfocada a la comunidad LGBTTTIAQ

Creado por Steve de Shazer en 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee. Autores como Hanlon y Weiner-Davis han hecho sus contribuciones a esta herramienta centrada en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas. Su forma de evaluar está totalmente sesgada por una intención clara de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, haciendo énfasis en averiguar las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir, cuáles son las excepciones a la misma. Influida en sus comienzos por la Terapia del MRI de Palo Alto (Eguiluz, 2004), que ha perfeccionado la utilización que el MRI hace de la postura de la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimizará, pensando que el paciente identificado y su familia son motivados para desembarazarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Actualmente Rebekka Ouer (2016) ha construido el modelo de terapia breve centrado en soluciones con la comunidad LGBTTTIQA, con el fin de co construir futuros posibles y resiliencias.

Evaluación

En primera instancia, al realizar la primera evaluación se identifica que el síntoma presenta una dificultad a la que se suman intentos reiterados e ineficaces para superarla, percibiendo una única solución intentada cómo la única correcta, siendo lo que propicia que el síntoma permanezca, impidiendo que se apliquen otras soluciones y en estos casos, los autores no siempre establecen una línea base del problema, ya que su interés no es evaluar el síntoma sino iniciar cuanto antes la solución (Gómez, 2016; Ouer, 2016).

Intervenciones

En este tipo de terapias, se dedica a generar soluciones, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema y que pueden ser mediante (Gómez, 2016; Ouer, 2016):

1. Teoría del cambio: amplía los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, buscando las soluciones eficaces y resaltar aquello

que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias.

2. Metas y estrategias terapéuticas: Se definen de forma concreta aquellas metas que son definidas por las propias personas o clientes que acuden a la entrevista, en donde deben de comprometerse a notar cada una de ellas que se han alcanzado en los tiempos establecidos, y una vez que los objetivos son fijados de manera clara, el terapeuta entra en juego para ayudar a los pacientes a encontrar la manera de llegar a ellos.

3. Técnicas de Intervención: se basan en redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, ordalías, tareas paradójicas y rituales, pero, únicamente las primeras son permanentes a lo largo de toda la entrevista, mientras que las segundas pueden darse de dos maneras; cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, concretamente adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma y, cuando se sitúa después de la pausa para preparar la intervención final, se resaltan aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar problemas. A esta última modalidad de connotación positiva se la denomina ELOGIO.

Sin embargo Gómez, 2016 y Ouer, 2016 han descrito tres tipos de intervenciones generales a saber:

- - Sobre la secuencia sintomática: en este tipo de intervenciones implican de antemano que el equipo terapéutico haya realizado algún tipo de evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan, permitiendo al terapeuta una o más de las siguientes opciones: a) cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar dónde se produce el síntoma; b) Añadir un elemento nuevo; c) Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática; d)Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños y e) Unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa.

- - Sobre el patrón de contexto: es estas intervenciones se requiere un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio, dónde el terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente.

- - Sobre Tareas de Fórmula: también conocidas como “Llave Maestra”, son intervenciones generales que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema particular que presenten los clientes por lo que no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma, y pueden darse de 3 maneras: a) Tarea de

fórmula de la primera sesión, dónde se identifican y amplían los aspectos satisfactorios de la vida del cliente, a quien define como una persona capaz de hacer cosas positivas; b) Tarea de la Sorpresa, donde se le pide a los clientes que realicen algo nuevo y sorprendente y c) Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces, en dónde si el sujeto no provoca de forma deliberada la solución adecuada, pueden darse dos situaciones: que su expectativa de lugar de control del cambio sea interna, es decir, que piense que inadvertidamente ha hecho algo para controlar el síntoma, o que sea externa y sitúe el control fuera atribuyéndolo a otra persona o a circunstancias externas.

-
- Para que la Terapia centrada en las Soluciones pueda ser ejecutada, se recomiendan una serie de pasos de manera gradual, que son:
  1.- Definición conductual de la Solución
  2.- Encontrar soluciones eficaces que a decir del cliente es aquello que funciona bien en su vida
  3.- Cuando se definen las soluciones eficaces, se identifica detalladamente la diferencia entre lo que ocurre cuando el problema no está presente (regla de excepción) y cuando sí lo está (regla del problema)
- 4.- Si no se encuentran soluciones que resuelvan con éxito la situación problemática, se busca un potencializador pidiendo al sujeto que imagine un futuro sin el problema y describa cómo es, basándose en lo que se conoce como “La pregunta por el milagro”, en dónde se le pregunta al paciente “si usted se fuese a dormir el día de hoy y mañana sucede un milagro ¿cómo se daría cuenta? O ¿Qué cambiaría ese milagro en su problema?
- 5.- Si el paso anterior no resulta cómo es esperado y el cliente no describe soluciones eficaces ni conteste a las preguntas orientadas a un futuro sin el problema, se adopta el enfoque del MRI y una actitud pesimista si la optimista no da resultado.
- 6.- Cuando se han localizado soluciones apropiadas y se ha conseguido que el sujeto adopte una expectativa de lugar de control interno sobre la desaparición del síntoma, se trabaja sobre la consolidación de los cambios.
- 7.- Finalmente, la intervención se inicia con una connotación positiva, llamada ELOGIO, que detalla las estrategias que el cliente tiene para controlar la desaparición o evitación del problema, así como para hacer cosas satisfactorias en otros aspectos de su vida.
- 8.- La segunda sesión y las que le proceden se centran en constatar si ha habido cambio y, cuando así es, tratan de consolidarlo y generalizarlo mediante una planificación que parte del cambio mínimo hacia la meta final previamente establecida en la primera entrevista; en aquellas situaciones en que el cliente no informa de cambios concretos, se le pide que valore en una escala de 1 a 10 la gravedad del problema antes de venir a terapia, comparándola a su vez con la última semana en la misma escala, y finalmente en qué lugar de la escala tendría que situarse para sentirse satisfecho y en caso de que la persona informe de que las

cosas están igual o peor que en sesiones precedentes, lo más útil es que el terapeuta pida al cliente que le convenza de que el cambio es realmente necesario o deseable.

La terapia finaliza cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el cliente decide dejar de acudir a las entrevistas pero en ambas situaciones, el terapeuta le indica que tome en cuenta, de la forma más operativa posible, aquello que ha aprendido, es decir, que especifique las estrategias utilizadas con éxito para superar el problema y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro. A continuación presentamos un caso en donde se ve aplicada la Terapia basada en las Soluciones enfocada desde una perspectiva de género, así como las características específicas que se deben de tomar en cuenta para llevar a cabo esta terapia y los posibles estancamientos que pueden visualizarse, según sea el caso (Ouer, 2016).

El manejo de las suposiciones

1. Los consultantes vienen a verte con esperanza
2. Serán capaz de que reconozcan esas esperanzas que se logran, tan pronto como comiencen a alcanzarlas, y pueden notarlo a las pocas horas de nuestro trabajo conjunto.
3. Mantener siempre una postura de colaboración

Principios básicos

Para Rebekka Ouer (2016) no sólo es conocer el modelo centrado en soluciones, sino, agregar una serie de principios básicos para trabajar con la comunidad LGBTTTIQA:

1. Si no está roto, no necesita ser arreglado: En el caso de la población LGBTTTIQA, este principio opera en el sentido de reconocer que ninguna identidad es una enfermedad y ninguna de ellas necesita ser corregida.
2. Si funciona, haga más de lo mismo: Este principio opera en el simple sentido de reconocer las cosas que funcionan en la vida de los consultantes. En el caso de las parejas gay, que logran estabilidad a partir de abrir su vida sexual a otros hombres. Para algunos terapeutas, quizás, la idea de promiscuidad pueda aparecer, así como de poca higiene.
3. Si eso no está funcionando, haga algo diferente: Reduce a la idea de que ante algo que entorpece la terapia, no se debe a resistencias o patologías, sino a dificultades en la forma de pensar las soluciones, por lo que se deberá estimular al consultante a ver algo diferente que funcione.
4. Pequeños pasos llevan a grandes cambios: Por ejemplo: para una chica trans, el hecho de cambiar su nombre a femenino la encamina a tener mayor confianza en sí misma. Para una chica lesbiana y un chico gay, compartir su vida amorosa con su familia o con alguien de confianza, los encamina a auto afirmarse con mayor seguridad. Así hasta vivir de forma más

abierta su sexualidad. Ampliando sus redes de apoyo, logrando mayor confianza y felicidad que antes ellos no habían sentido.

5. La solución no está necesariamente relacionada con el problema. Por ejemplo, en la infidelidad, pudiéramos suponer que nuestra atención girara entorno a el engaño, ocultamiento, acuerdos entre otros dilemas heteronormados. Sin embargo, hay parejas, que giran la solución a ampliar las modalidades de la sexualidad, de atracción, de contratos, de placeres y gustos. Si bien el motivo fue la infidelidad, la solución se concentró en la vida sexual.
6. El lenguaje de construcción de soluciones es diferente al de resolución de problemas: este lenguaje está conducido y enfocado a futuros, positivos, mediante fortalezas y excepciones al problema, estos generan conversaciones que construyen soluciones.
7. El futuro es creado y negociado. En el caso de una pareja de hombres gays, donde uno de ellos llega a consulta con los conflictos de pareja, trabajo y familiar. Se le puede encargar escribir en la noche "lo que él desearía que sucediera". Después de hacerlo, irse a la cama con la siguiente idea: "¿qué de lo que deseas, ya se está generando?"

5 suposiciones básicas del modelo TCS.

Ahora bien, para Ouer (2016), es fundamental, comprender una serie de suposiciones ante cualquier crisis que alguien de la comunidad LGBTTTIQA esté pasando:

1. Cada consultante llega a terapia con esperanza en sus vidas y relaciones.
2. Cada consultante llega con un exitoso pasado y por lo tanto están armados con fuerza, habilidades, talentos, recursos y valores con los que logrará alcanzar sus esperanzas
3. Al describir su futuro preferido, es más probable que un cliente salga de una sesión de terapia y comience a crearla (en la primera sesión se puede poner en práctica).
4. los consultantes actualmente están haciendo algunas cosas bien en sus vidas / relaciones
5. Los consultantes pueden construir desde el comienzo de la terapia, sus futuros preferidos.

Intervenciones Específicas

Rebekka Ouer (2016) ha ideado una forma de trabajo con la población LGBTTTIQA, el cual versa en diferentes recomendaciones, las cuales a nivel general, expresa, tienen que ver con 5 principios éticos:

A. Ve a la persona más allá de un problema

B. Busca recursos más que déficits

C. Explora posibles y preferidos futuros

D. Explora lo que ya está haciendo para hacer posibles esos futuros.

E. Trata a las/los consultantes como expertos en todos los aspectos de sus vidas.

5 principios centrados en soluciones con consultantes LGBTTTIQA

Los anteriores principios se relacionan con las siguientes actitudes afirmativas que la o el terapeuta centrado en soluciones debe de tener:

1. Las familias, parejas y LGBTTTIQA consultantes tienen formas de salir adelante de forma saludable tan bien como sus contra partes cisgénero- heterosexuales
2. Los consultantes LGBTTTIQA vienen a terapia con historias que son fuente rica de Resiliencia, fuerza, valores, habilidades y recursos
3. Los consultantes LGBTTTIQA automáticamente no tienen correlaciones problemas que se explican en sí mismos.
4. Las familias de los individuos LGBTTTIQA tienen la habilidad y el potencial de cambiar sus pensamientos y sentimientos después de que su ser amado ha salido del closet
5. Cada individuo LGBTTTIQA es experto en su propia vida y definen cómo vivir sus vidas: a) Sexual. Sea una persona que tiene sexo con otros hombres o mujeres, nunca debemos suponer sobre sus vidas. b) Género y expresión de Género. Estas pueden ser tan fluidas como su sexualidad. Es importante que las y los consultantes sean quienes definan su identidad antes de cualquier juicio acerca de ellos. c) Los pronombres de genero preferidos. Es importante no asumir los pronombres de género si ellxs no te los han dicho. d) Nombre preferido. e) Tipos de dinámicas en sus parejas. f) La translación. En casos de personas transexuales, ellas deben de elegir lo que es mejor para ellas, si hormonas o cirugía. g) Cuando y Cómo salir del closet.

Siempre poner en práctica

Dentro de los principios éticos de igualdad de trato, Rebekka Ouer sugiere que en todo proceso terapéutico con personas de la comunidad LGBTTTIQA, se debe de tener en cuenta:

1. Un lenguaje que construya conversaciones centradas en soluciones: a) lenguaje positivo. b) lenguaje concreto y observable. c) Lenguaje que retome la comunicación y significados del consultante. d) realista. e) Lenguaje que reconozca el trabajo arduo, f) internacional, que reconozca los afectos.
2. Habilidad para formular preguntas basadas en soluciones. a) formular temas y suposiciones enfocadas en las soluciones. “¿Cómo te ayuda a crecer esto que me cuentas?”, b) usar el lenguaje del cliente, c) Solo preguntar si el consultante lo permite. Existen suposiciones basadas en prejuicios y valores morales tradicionales. Si el consultante no ha dicho nada al respecto, no se puede suponer ni sospechar algo que no existe en el lenguaje. d) ser respetuoso. e) ser tentativo. f) Descripciones detalladas. Estas descripciones nos ayudan a comprender más de la circunstancia.

Intervenciones generales

Rebekka Ouer (2016) tiene muy presente el legado del grupo de trabajo del MRI, por lo que propone intervenciones generales que se pueden aplicar con todas la comunidad LGBTTTIQA, estas intervenciones generales contribuyen al clínico/a información útil para las maniobras dentro de las sesiones.

Paso 1. Obtener de los consultantes las mejores esperanzas.

Este paso consiste en explorar en las y los consultantes sus ideas esperanzadoras ¿Qué desean que ocurra?, ¿Qué están haciendo en este momento para que eso ocurra?, ¿Qué dificultades han encontrado en su camino?, ¿Cómo han sorteado esas dificultades? Esta es una fase exploratoria centrada en las soluciones excepcionales a los problemas presentados.

Paso 2. Conectar y saber más del/la consultante.

En este sentido, conectar no es simplemente mostrarse empático/a con la/el consultante, significa tener presente los sesgos sociales y los privilegios con los que cuenta un terapeuta que es heterosexual, universitario/a, urbano, sobre un/a consultante homosexual, universitario o no, rural u urbano. Esto es lo que llamamos interseccionalidad. La cual, resalta los múltiples escenarios en los cuales las personas nos encontramos inmersas de forma simultánea. Resalta los privilegios que se tiene sobre las demás personas a partir de una condición sexo genérica, la cual, ilustra que, no es igual ser hombre a ser mujer en la ciudad, no es igual lo que gana una mujer que un hombre, no es igual tener rasgos indígenas que tener rasgos europeos o caucásicos, no es igual ser heterosexual a ser homosexual, los primeros nunca vivirán la discriminación y la persecución debido a su orientación sexual.

Paso 3. Detallar el futuro preferido

En este paso significa haber hecho una serie de exportaciones al respecto de las motivaciones del/o la consultante, puede centrarse en las preguntas del milagro: ¿Qué sería diferente si el problema no estuviera presente?, preguntas presuposicionales: ¿Qué cosas ya has estado haciendo para salir adelante?, ¿En dónde te visualizas en dos o cinco años?, ¿Qué necesitas para lograr estar ahí?

Paso 4. Escalar los peldaños para lograr el futuro preferido

El paso siguiente, los peldaños, como la bola de nieve, los primeros son fundamentales para construir el futuro deseado. Puede que el o la terapeuta siga en el ritmo de la “bola de nieve” o que explore sobre todas las circunstancias positivas que se han generado a su alrededor y debido a sus progresos, lo que ya hace.

Paso 5. Cumplidos y retroalimentación

Los cumplidos y la retroalimentación sn importantes debido a que son signos de “validar” los esfuerzos que ha hecho para seguir adelante ante las crisis. En el caso de que un consultante LGBTTTI diga “no quiero ser gay”, lo ideal y desde este modelo, orientar a una reflexión ¿si tú pudieras cambiar tu sexualidad, qué cambiaría de tu vida?, ¿cuál sería la diferencia qué lograrías, no siendo gay?, ¿Qué pudieras hacer para igualar la situación?, ¿Qué pasaría contigo y tus familiares cuando te acepten?, ¿Puedes notar que eres parte de la naturaleza humana? Esta es una duda común dentro de las y los terapeutas que no están sensibilizados a estos temas. Los cumplidos y la retroalimentación sirven para afirmar la identidad, pero si el/la consultante duda de su identidad, el/la terapeuta debe y por principio ético de dignidad humana, apoyar a el/la consultante para reflexionar sobre su identidad y sus objetivos.

Conclusiones

En este capítulo se abordó de forma extensa los princípios teóricos y prácticos de la terapia centrada en soluciones para la comunidad LGBTTTIQA. En los cuales, se profundizó en la necesidad de tener presente la diversidad de identidades sexuales que existen en la sociedad. De esa forma, también se recuerda la importancia de tener presente las necesidades de cada una de ellas.

En un evento crítico como es el intento suicida a razón de una crisis ambiental como un sismo, activa todos los recursos y aquellos se diferencian en el grado de discriminación que viva una persona. Por lo que será fundamental comprender las diferencias sociales en las que vive el o la consultante. Este capítulo brindó los elementos básicos, generales y específicos para la intervención con este tipo de población ante las crisis.

Referencias

Álvarez, E. Sevilla, L. (2010). Homofobia y discriminación en el discurso de profesionales de la salud. Revista UNAM. Agosto 2010. Vol. 11. No. 8.

Artiñano, N. (2004) El Suicidio en jóvenes homosexuales. Kairós. Revista de Temas Sociales. Año 8. N. 14 Octubre 2004.

Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar: su uso hoy en día. México: Pax.

Gómez, M. (2016). Bioética, feminismo y la dignidad de las “mujeres”: proceso social y cambio de valores en las terapias familiares. Alternativas en Psicología. No. 36. Noviembre: 61- 79

Gómez, M. (2016). Homofobia y Suicidio: 6 sesion juventudes homosexuales. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.UNAM. 19. No.1: 248- 265

Gómez, M. (2015). Hacia una terapia Familiar Feminista para Homosexuales. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. UNAM. 18. No. 6: 1599 - 1617

Gómez, M. (2014). Una habitación propia: Aportes del feminismo a la terapia de pareja. Psico Terapia y Familia. Vol. 17, no.2: 48-68

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2016). Estadísticas de mortalidad, 2015. México, INEGI. Recuperado el 3 de julio de 2017, de: http:// www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2017). Estadísticas de mortalidad, 2016. México, INEGI. Recuperado el 3 de enero de 2018, de: http:// www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html

Torres, C. Eguiluz, L. Gómez, M. Witt, L. De la Rosa, A. (2017). Mental healt in college students: suicidal behaviors and well-being and its relationship whit a measure of academic achievement. Acta psicológica peruana. pp. 269-287

Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. (2002). Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. Br J Psychiatry 2002;180:423-7.

Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. Am J Psychiatry 2003;160(3):541-546.

Ouer, R. (2016). Solution- Focused Brief Therapy with the LGBT Community: Creating Futures through Hope and Resilience. New York and London: Routledge

Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Barcelona: EGALES.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN PARA ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SITUACIONES DE DESASTRE.

Anabel de la Rosa Gómez[2]
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

México está expuesto a una gran diversidad de fenómenos naturales tales como sismos y tormentas tropicales, entre otros, y ha experimentado en múltiples ocasiones las consecuencias de la ocurrencia de estos fenómenos a través de pérdidas humanas y materiales en numerosos desastres donde la población, sus actividades, la infraestructura y los bienes, son impactados por inundaciones, terremotos, deslizamientos de laderas, huracanes y desbordamientos de ríos.

La exposición a eventos altamente estresantes es una experiencia generalizada tanto para adultos y niños; hombres y mujeres, en cualquier contexto cultural. Se estima que alrededor del 82 al 90% de la población en general estará expuesto a algún tipo de evento traumático en algún momento en su vida (Breslau *et al.*, 1998; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan & Foa, 2010).

De acuerdo con Foa (2011), los factores que contribuyen a graduar la intensidad de la respuesta ante un evento estresante son (a) la capacidad de control que tiene la persona sobre la propia situación, (b) la capacidad de predecir el hecho y (c) la amenaza percibida. Es así que, el impacto psicológico estará mediado por la intensidad/duración del hecho y la percepción del evento estresante, el carácter inesperado del acontecimiento, el grado real de riesgo experimentado, las pérdidas sufridas, la historia de victimización, así como el apoyo social percibido y los recursos psicológicos de afrontamiento.

Afortunadamente la mayoría de las personas expuestas a un suceso traumático logran recuperarse con el paso del tiempo. Sin embargo, una minoría presenta síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT), que en ausencia de un tratamiento eficaz, pueden multiplicarse con un efecto en cascada hasta el desarrollo de una alteración psiquiátrica seria y persistente.

Trauma psicológico

El trauma es la reacción psicológica derivada de un suceso altamente estresante que implica la vivencia de un acontecimiento negativo que surge de forma inesperada e incontrolable y que al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, manifiesta malestar intenso. Además, se trata de un suceso que la persona no espera encontrar porque no forma parte de las experiencias habituales del ser humano. Por ello, la intensidad del suceso y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inhabitual explican el impacto psicológico que causa el acontecimiento (Echerburúa, Corral & Amor, 2004). Aunque existe controversia sobre la categorización de un suceso como *traumático,* autores como Carlson y Dalenberg (2000) y Foa, Keane y Friedman (2000) identifican al

[2] Profesora asociada C de tiempo completo. Correo electrónico: anabel.delarosa@iztacala.unam.mx

menos tres elementos necesarios para que un acontecimiento sea considerado traumático: el evento debe ser vivido como incontrolable, negativo, y de carácter inesperado y repentino.

De acuerdo con Vázquez, Pérez-Sales y Ochoa (2014), han habido varias etapas en la historia de la investigación sobre el trauma psicológico. Inició con la inclusión del término a la nosología psicopatológica del DSM-III (APA, 1980), y en donde se definió al trauma como una patología del espectro de los trastornos de ansiedad que aparecía tras la exposición a un evento altamente perturbador, donde la vida y la integridad de la persona se veían seriamente amenazados, y comprendía un conjunto de síntomas de estrés que se manifestaban de forma similar en la mayoría de las personas expuestas a un acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encontraba fuera del marco habitual de la experiencia humana. En la reciente publicación del DSM-5 (APA, 2013; Armour, 2015), se han realizado modificaciones en el cuadro diagnóstico del TEPT derivadas de los hallazgos en investigación de la última década. Las adecuaciones nosológicas contemplan una mejora en la definición de acontecimiento traumático (criterio A), para facilitar la diferencia con el concepto de acontecimiento estresante, que no alcanza el umbral de traumático. Así como algunas modificaciones a los criterios B y C, sobre especificaciones mínimas a algunos síntomas. Respecto al criterio D (alteraciones cognitivas y del estado de ánimo), su inclusión representa la principal novedad de la clasificación, al incluir criterios como el embotamiento emocional, creencias negativas sobre sí mismo, los otros y el futuro, basado en los hallazgos de Janoff-Bulman (1992) y Foa *et al.* (2000); así como la presencia de emociones negativas como la culpa, vergüenza e ira, éste criterio basado en las denominadas emociones secundarias que acompañan las memorias verbalmente accesibles según la teoría del procesamiento dual de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996). Finalmente, se introduce en el criterio E (alteraciones en la activación y reactividad) los síntomas relacionados con la presencia de comportamientos irritables y auto-destructivo.

Tratamientos psicológicos eficaces

Los hallazgos de investigación acerca de la eficacia de tratamientos psicológicos para el trastorno de estrés postraumático han dado un gran apoyo empírico a las intervenciones de corte cognitivo-conductual. Los procedimientos aplicados en el tratamiento del TEPT han sido fundamentalmente a) la *terapia de exposición*, específicamente, la exposición prolongada, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas o a las imágenes de éstas sin escapar de ellas; b) los *procedimientos de manejo de ansiedad*, en los que se enseña a la persona una serie de habilidades para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana; y c) la *terapia cognitiva.*

Bradley, Greene, Russ, Dutra y Western, (2005) realizaron un metaanálisis que consistió en la revisión de 26 estudios clínicos controlados aleatorizados que investigaban la eficacia de 44 condiciones de tratamiento, de las cuales, 37 estudios eran clasificados como cognitivos-conductuales, incluyendo la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares

(DRMO), y 23 bajo la condición control. El tamaño del efecto evaluado al comparar el pre-tratamiento contra el post-tratamiento cambió a través de los tratamientos en un 1.43. Los estudios incluyeron un amplio rango de sucesos traumáticos, tales como: desastres naturales, violencia criminal, varios tipos de accidentes y abuso sexual durante la infancia. La evidencia reveló que la terapia cognitivo-conductual es eficaz para el tratamiento de TEPT.

De acuerdo con el informe de la División 12 del APA, se señala como tratamientos probablemente eficaces para el tratamiento del TEPT, la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (Cahill, Carrigan & Frueh, 2006).

Terapia cognitivo-conductual.

La Teoría Cognitivo-Conductual (TCC) para el TEPT abarca un gran número de técnicas diferentes. Las terapias iniciales, como la desensibilización sistemática, el entrenamiento de relajación y la biorretroalimentación se centraron principalmente en la teoría bifactorial de Mowrer del miedo condicionado y la evitación conductual. Posteriormente surgieron técnicas psicológicas dirigidas específicamente para los síntomas de TEPT (exposición prolongada, terapia cognitiva, terapia de procesamiento cognitivo, etc.) que están basadas en los principios de las teorías del procesamiento emocional de la información. Lo cual derivo en el surgimiento de las teorías sociales-cognitivas, que se centran en el contenido de las cogniciones dentro de un contexto social. Dichos hallazgos se recuperaron en el planteamiento de la teoría de la representación dual de Brewin *et al.* (1996).

Se han empleado satisfactoriamente una serie de técnicas conductuales con distintos grupos que han sufrido un trauma, basándose en la teoría del aprendizaje y en el procesamiento emocional.

Los componentes de la TCC incluyen técnicas conductuales dirigidas a modificar comportamientos disfuncionales, técnicas cognitivas, enfocadas a disminuir patrones de pensamiento disfuncional, y estrategias de reducción de ansiedad (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003). Específicamente para el tratamiento de TEPT, dichas técnicas consisten en un afrontamiento de los estímulos temidos hasta que disminuyan las respuestas de temor condicionadas anteriormente. La inundación o exposición prolongada implica exposiciones reiteradas y prolongadas al recuerdo del trauma, ya sea directamente (en vivo) o indirectamente por medio de la imaginación (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Terapia de exposición.

Las revisiones de los diferentes estudios realizados sobre el tratamiento de TEPT informan que bajo este tipo de tratamiento se incluyen algunas de las técnicas más eficaces para reducir la sintomatología de pacientes TEPT (Foa, 2011). La exposición continuada pretende romper la

asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada. Concretamente Jaycox y Foa (1996) señalan que la exposición al recuerdo traumático reducirá los síntomas de TEPT porque la persona aprende que los estímulos que le recuerdan el suceso no le hacen daño y que no implican revivir la amenaza. Es así que para reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el suceso traumático, la terapia de exposición utiliza diversos procedimientos que varían en función del método de presentación del estímulo temido (en vivo o por imaginación) y en términos de la tasa o la intensidad de la presentación (jerárquica o no gradual). Se han utilizado diversos términos para describir la exposición a estímulos provocadores de ansiedad como: inundación, por imaginación, in vivo, prolongada, dirigida, etc.

La terapia de exposición generalmente se inicia con el desarrollo de una jerarquía de ansiedad. En algunas formas de exposición, como la inundación, las sesiones terapéuticas comienzan con la exposición al estímulo más alto en la jerarquía; otros tipos de exposición empiezan con situaciones catalogadas como provocadores moderados de ansiedad. Cualquier tipo de método de exposición comparte la característica de la confrontación con estímulos aversivos, que se mantienen hasta que disminuye la ansiedad. Con la exposición continuada a estímulos aversivos se reduce la ansiedad y, los componentes de evitación y escape (Foa & Rothbaum, 1998).

Terapia de Exposición Prolongada

Como se señaló, Foa *et al.* (1998) ofrecieron una conceptualización diferente del mecanismo de acción de la terapia de exposición para el tratamiento de TEPT, con la introducción de la teoría del procesamiento emocional. El principal objetivo del procesamiento emocional es ayudar a las personas afectadas a procesar emocionalmente sus experiencias traumáticas para disminuir el estrés postraumático y otros síntomas relacionados al trauma.

El término Exposición Prolongada (EP) hace referencia a un programa de tratamiento que surge de una larga investigación acerca de terapia de exposición para trastornos de ansiedad (Foa *et al.,* 2007), en la que se les ayuda a los pacientes a confrontar situaciones que evoquen ansiedad de una manera segura, con el objetivo de que logren superar el miedo y ansiedad excesivos. La persona ofrece su propia narración del trauma, comentándolo en tiempo presente y de forma pormenorizada durante un periodo prolongado de tiempo (45-60 min.), mientras que el terapeuta sólo interviene de forma ocasional para evocar detalles omitidos.

Los componentes de la EP son: a) educación acerca de las reacciones comunes al trauma; b) entrenamiento de respiración, por ejemplo, enseñar al paciente cómo respirar de una manera tranquila; c) exposición en vivo a situaciones u objetos relacionados al trauma que el paciente evita debido a la ansiedad producida; y d) exposición prolongada por imaginación de los recuerdos del trauma (Foa *et al.,* 2007).

La EP a los estímulos temidos, incluida la rememoración de las experiencias traumáticas, ha mostrado resultados de eficacia con respecto a grupos de lista de espera con ex-combatientes, víctimas de violación y grupos constituidos por pacientes con diversos traumas (Foa, Keane & Friedman, 2004), incesto y accidentes (Devily & Spence, 1999). Es así, que la exposición es el tratamiento que cuenta con más apoyo empírico sobre su eficacia (Foa, 2011; Rothbaum & Schwartz, 2002). Dichas investigaciones señalan que la EP reduce en el postratamiento y seguimientos los síntomas de re-experimentación, evitación, embotamiento afectivo y activación fisiológica, así como la ansiedad y la depresión.

La exposición y la reestructuración cognitiva parecen mejorar por igual tanto los distintos síntomas individuales del TEPT como otras características asociadas (depresión, culpa, etc.). En el estudio de Lovell, Norshirvani, Thrasher y Livanon (2001), la reestructuración cognitiva fue superior a la exposición sólo en la sensación de desapego o distanciamiento de los demás. Según Foa, Rothbaum y Furr (2003), existen datos sugerentes de que la exposición por imaginación puede ser menos eficaz que cuando se combina con exposición en vivo. En dos estudios en los que se ha empleado sólo exposición con imaginación (Tarrier & Humphreys*,* 2000) se ha obtenido una menor reducción de síntomas que en otros estudios en que se han utilizado ambos tipos de exposición.

En algunos pacientes, especialmente los que presentan mayor sintomatología del TEPT y depresión, no aceptan el tratamiento de exposición al trauma o no cumplen con la autoexposición por imaginería (Cahill *et al.,* 2006).

En un estudio realizado por Foa *et al.,* (1998), la exposición prolongada fue más eficaz que la lista de espera y superior a la inoculación de estrés sin exposición y a la terapia de apoyo en el seguimiento a los 3 meses. En un estudio que comparó exposición por imaginación y exposición en vivo, las dos fueron similares en eficacia, excepto en evitación conductual, donde la exposición en vivo fue superior. La exposición por imaginería y en vivo ha sido mejor que el entrenamiento en relajación (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher, 1998) y que la DRMO (Bryant, Moulds & Nixon, 2003).

Entrenamiento en inoculación de estrés.

De los programas de tratamiento para el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) ha sido el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en el TEPT. El EIE, fue desarrollado por Meichenbaum (1975), y tiene el propósito el desarrollo de habilidades de afrontamiento e incluye diversas técnicas como, educación, relajación muscular profunda, control de la respiración, juego de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento autoinstruccional.

El entrenamiento en inoculación de estrés parece eficaz en estudios no controlados. En un trabajo realizado por Bradley *et al.,* (2005) indagó la eficacia del entrenamiento en inoculación de

estrés combinada con biorretroalimentación EMG para el tratamiento de TEPT con ex-combatientes de guerra y encontró que la inoculación al estrés era superior al no tratamiento.

La evaluación de eficacia de la EIE, se ha realizado principalmente en víctimas de violación (Foa *et al.*, 1998; Veronen & Kilpatrick, 1993). En un estudio de Veronen *et al.,* (1993), la inoculación de estrés resultó más eficaz que la lista de espera e igual de eficaz que el entrenamiento en asertividad y la terapia de apoyo grupal (no directiva). En una investigación de Foa *et al.* (2005), la inoculación de estrés sin exposición fue superior a la terapia de apoyo, exposición prolongada y lista de espera en el postratamiento, pero inferior a la exposición en el seguimiento a los 3 meses.

Se ha utilizado el EIE para el tratamiento de la ira, una respuesta emocional muy habitual tras el sufrimiento de un suceso traumático, que generalmente acompaña a la sintomatología de TEPT. A pesar de que las técnicas para el manejo de ansiedad necesitan mayor apoyo empírico para el tratamiento de los síntomas de TEPT, su utilización se considera benéfica como un componente adicional a otros tratamientos (Chambless & Ollendick*,* 2001).

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva (TC) desarrollada por Beck (1976), se basa en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el estresor provocador, es la que determina los estados emocionales y los pensamientos desadaptativos que conducen a reacciones psicológicas inadecuadas. Es así, que la TC pretende identificar las cogniciones desadaptativas y cambiarlas por pensamientos adaptados a la realidad.

Aunque consistentemente se ha mencionado la importancia de los aspectos cognitivos en la respuesta al trauma (Foa & Riggs, 1993) la investigación es escasa. Esto puede deberse a que las teorías del procesamiento de la información del TEPT, parten del supuesto de que la exposición prolongada hace posible la reestructuración cognitiva, ya que durante la exposición la persona aprende que las creencias basadas en el miedo no tienen un contexto de realidad (Echeburúa *et al.*, 2004; Foa, Riggs, Massie & Yarczower*,* 1995).

En cuanto a la reestructuración cognitiva, Marks *et al.,* (1998) encontraron que tanto ésta técnica (sin exposición), como la exposición prolongada (por imaginación y en vivo) y una combinación de ambas fueron más eficaces que un entrenamiento en relajación, pero sin diferencias entre ellas.

Asimismo, Tarrier *et al.* (2000) no encontraron diferencias entre la exposición prolongada por imaginación y la reestructuración cognitiva centrada en las creencias sobre el significado del evento traumático. Sin embargo, en un análisis realizado en un estudio posterior (Tarrier, Liversidge & Gregg, 2006), concluyeron que cuando se excluye a los pacientes que no habían respondido al tratamiento, la mayoría pertenecientes al grupo de exposición, debido a no tolerar el enfrentarse con el recuerdo traumático, los resultados muestran una mayor reducción subjetiva de los síntomas al

emplear la técnica de reestructuración cognitiva. En un seguimiento a los 5 años (Tarrier & Sommerfield, 2004), se encontró que la reestructuración cognitiva mostró superioridad al compararla con la exposición prolongada, aunque los resultados deben tomarse con cuidado, debido a que sólo se pudo realizar el seguimiento con el 59% de la muestra.

La terapia de procesamiento cognitivo, en un estudio de Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer, (2002), encontró que esta terapia y la exposición prolongada fueron superiores a la lista de espera en el postratamiento y en los seguimientos a los 3 y 9 meses. Ambas fueron igualmente eficaces para el TEPT, aunque la primera se mostró superior en dos de cuatro subescalas de un autoinforme de culpabilidad; la terapia de procesamiento cognitivo requirió menos de la mitad de tiempo de actividades entre sesiones. Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, (1997) han mostrado que una combinación de exposición y reestructuración cognitiva fue superior al entrenamiento en relajación progresiva tanto en el postratamiento como en el seguimiento a 1 año en pacientes con TEPT subsecuente a violación o abuso sexual.

La TC de Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennell, (2005) ha resultado más eficaz que la lista de espera y que un tratamiento con un libro de autoayuda.

Varios estudios han investigado la eficacia del tratamiento para TEPT adicionando la reestructuración cognitiva a los efectos de la exposición (Foa *et al*., 2004; Marks *et al.,* 1998; Paunovic & Öst, 2001; Powers *et al*., 2010; Resick *et al.,* 2002). Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas, aunque en el estudio del procesamiento cognitivo de Resick, el tratamiento combinado logró reducir más los sentimientos de culpa y requirió menos actividades entre sesiones.

En contraste con los estudios anteriores, Bryant *et al.* (2003) observaron que la exposición con imaginación combinada con la reestructuración cognitiva fue más eficaz que la exposición por imaginación, aunque el estudio no incluyó exposición en vivo y su eficacia fue inferior a la alcanzada en otros estudios que combinaron ambos tipos de exposición (Bados, 2005). Concluyendo que el tratamiento combinado no es superior a la exposición.

Terapia de procesamiento y desensibilización por movimientos oculares.

La desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO) se ha mostrado eficaz para el tratamiento del TEPT en el postratamiento y seguimientos, tanto en estudios no controlados como en comparación con grupos de lista de espera u otros tratamientos que no han demostrado efectos específicos para el TEPT (escucha activa, relajación con o sin biorretroalimentación) (Cahill, Carrigan & Frueh, 1999; Shapiro, 1995).

La DRMO, es una técnica establecida por Shapiro (2014) en la que aparea la exposición por imaginación con la inducción de movimientos oculares sacádicos. Las revisiones de Harvey *et al.,* (2003), y el metaanálisis de Davidson y Parker (2001) indican que los movimientos oculares no parecen necesarios, ya que la técnica no es superior a tratamientos control y señalan que las

limitaciones metodológicas de los estudios realizados no ofrecen conclusiones sobre la eficacia de la técnica.

Según la revisión de Shepherd, Stein y Milne (2000), dos estudios sugieren que este tipo de tratamiento es tan eficaz como la exposición por imaginación, aunque la calidad metodológica de dichos trabajos es dudosa y su potencia estadística baja. Mientras que en otro estudio de mejor calidad metodológica realizado por Taylor, Carney, Geddes & Goodwin (2003) compararon exposición (por imaginación y en vivo), DRMO y relajación en pacientes con traumas diversos. Todos los grupos mejoraron y no hubo diferencias entre los dos últimos, pero la exposición fue superior a la DRMO y la relajación en la reducción de síntomas de reexperimentación y evitación, así como logró mantener la mejoría clínica en el seguimiento a los 3 meses.

En concreto, se señala que la desensibilización por movimientos oculares puede conceptualizarse como una terapia de exposición; sin embargo, no se trata de una exposición prolongada, sino de exposiciones breves e interrumpidas al punto más traumático del acontecimiento y ante nuevo material (imagen, pensamiento, sensación y emoción) que surge a partir de la rememorización mediante asociación libre. Además, no ofrece ganancias terapéuticas adicionales en comparación con el uso de técnicas de exposición convencionales o con otras terapias cognitivo-conductuales (Foa, 2011).

Factores de fracaso terapéutico.

El TEPT es un trastorno psicológico complejo para el cual se han evaluado diversos tratamientos que ayuden a la recuperación. Algunos de estos tratamientos involucran fármacos, el apoyo de redes sociales, y la terapia cognitivo-conductual incluyendo la técnica de exposición (Barlow, 1988). Existen estudios que avalan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de trastornos de ansiedad (Bryant & Harvey, 2000; Paunovic *et al.,* 2001; Tarrier *et al.*, 2004; Tarrier *et al.,* 2006).

Como se señaló en el capitulo anterior, a pesar que la exposición prolongada es el tratamiento de elección para TEPT (Foa *et al.,* 2007; Powers *et al.,* 2010) es poco utilizado en la práctica clínica (Becker, Zayfert & Anderson*,* 2004; Fontana, Rosenheck, Spencer & Gray, 2002; Minen, Hendrks & Olff, 2010; Rosen, 2004). En este sentido, las razones que explican el poco uso de la técnica de exposición mediante imaginación son diversas. Algunos factores involucran a) la historia de victimización de los pacientes y otras características personales, b) características y percepciones del terapeuta, y 3) factores medio ambientales del tratamiento (Becker *et al.*, 2004; Felmingham & Bryant, 2012; Hembree, Rauch & Foa, 2003; Jaycox *et al.*, 1996; Litz, Gray & Bryant, 2002).

De acuerdo con la literatura científica, algunas variables moderadoras o mediadoras podrían afectar la respuesta al tratamiento. El conocer estos factores puede ser útil para la elección del tratamiento más eficaz disponible con base en las características particulares del paciente y del

contexto donde se brindará el tratamiento. Asimismo el conocer los factores asociados al fracaso de la técnica de exposición, permitirá indagar sobre las modificaciones necesarias para lograr el éxito terapéutico y finalmente, permite la identificación temprana de posibles variables asociadas con el abandono de tratamiento. Los estudios relacionados con ello, muestran incongruencias y discrepancias en sus resultados. Sin embargo hay algunos autores que brindan informaión al respecto.

En un estudio realizado por Van Minnen, Arntz y Keijsers (2002), informaron que entre un 25 y 45% de pacientes con TEPT, al finalizar el tratamiento, seguían cumpliendo criterios diagnósticos de trastorno, lo que indica la terapia de exposición prolongada puede conducir a una mejora, pero no a la recuperación en todos los casos.

En relación a los factores del paciente estaría en primer lugar la evitación cognitiva, ya que los pacientes no consiguen visualizar voluntariamente los recuerdos del trauma porque consideran que es demasiado aversivo y, por la dificultad que presentan para imaginar de forma continua el evento traumático (Botella et al., 2006; Difede et al., 2007), lo cual conduce a un escaso involucramiento emocional. La falta de respuesta emocional se considera un predictor de fracaso terapéutico, ya que no es posible modular los pensamientos ni creencias disfuncionales de miedo y ansiedad derivados de la situación traumática (Foa, 2011). De acuerdo con esta autora, existen tres obstáculos reales para la implementación exitosa de la EP: 1) la presencia de emociones de enojo o ira extrema, 2) nulo o pobre involucramiento emocional, y 3) ansiedad intensa y elevado nivel de conductas de evitación.

Con relación a las variables demográficas, varios estudios revelaron que las personas más jóvenes eran más propensas a desarrollar un TEPT (Norris, 1992; Van der Kolk, 1987; Wolfe, Erickson, Sharkansky, King & King, 1999), esto debido a un subdesarrollo en las rutas neurológicas. Sin embargo, los estudios acerca de la relación entre edad y resultados de tratamiento no muestran evidencia de ello (Ehlers *et al.,* 2005; Tarrier *et al*., 2000). Asimismo no existen hallazgos contundentes sobre el hecho de que variables como sexo, estado civil, ocupación, nivel de educación y coeficiente intelectual estén relacionadas con el resultado del tratamiento (Foa, 2011; Munley, Bains, Bloem & Busby, 1995).

Otro factor de riesgo para el éxito terapéutico es la presencia de comorbilidad con otros trastornos o problemas psicológicos, tales como abuso de alcohol y drogas, ideación suicida o disociación u otros problemas adaptativos, como el desempleo, problemas económicos, problemas de pareja o familiares y mala salud física, entre otros (Litz *et al.,* 2002). Algunos estudios han encontrado que el abuso de sustancias (alcohol, marihuana, benzodiacepinas o la heroína) está asociado con el desarrollo de TEPT, o bien, el abuso de alcohol puede causar complicaciones graves durante la terapia de exposición y por tanto, afectar los resultados del tratamiento; además de que constituye un factor de abandono.

Los sentimientos de enojo e ira, la vergüenza y la culpa, se relaciona con la gravedad de los síntomas de TEPT después de un trauma (Brewin *et al.,* 1996). Se encontró que el nivel de enojo

tiene una relación negativa con el resultado del tratamiento (Foa *et al.,* 2005), debido a que el enojo inhibe el involucramiento emocional con el recuerdo traumático, por lo tanto se evita la activación de la red de ansiedad, un proceso que es necesario para el éxito tratamiento de TEPT (Foa & Kozak*,* 1986). Además, se halló que los sentimientos de ira, vergüenza y culpa, a diferencia de la ansiedad, no disminuyen e incluso puede aumentar a través de la terapia de exposición, y con ello aumenta el riesgo de abandono (Foa *et al*., 2005).

Hasta la fecha, las investigaciones acerca de la eficacia de la terapia de exposición con otras técnicas cognitivo-conductuales no ha mostrado ningún beneficio terapéutico adicional (Foa, 2011). Existen estudios (Glynn *et al*., 1999; Mueser, Glynn & Rosenberg, 2000) donde se evaluó el uso de la terapia familiar con el propósito de aumentar la eficacia del tratamiento con veteranos de guerra con diagnóstico de TEPT. Sin embargo, no contribuyeron significativamente a una mayor reducción de síntomas de TEPT.

Finalmente, las condiciones estresantes, particularmente los desastres naturales, superan las propias capacidades de resistencia del individuo, que vinculados con diferencias individuales, colectivas y contextuales permiten la presencia de diversidad de reacciones emocionales. Por lo cual, cualquier intervención debe tener en cuenta el marco cultural e idiosincrático de la población, lo cual permitirá reducir el impacto negativo y promover estrategias más adaptativas de afrontamiento.

Referencias

American PsychiatricAssociation. (2013). ***DSM-5 Overview: The Future Manual. DSM-5 development.***

Armour, C. (2015). The underlying dimensionality of PTSD in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: where are we going?. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*, 28074 - http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.28074

Asociación Psiquiátrica Americana (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ªed.)(DSM-III). Barcelona: Masson.

Bados, A. (2005). *Trastorno por estrés postraumático.* Universidad de Barcelona. Recuperado el 10-Septiembre de 2009 en http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf

Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.

Beck, A. T. *(1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Penguin Books.*

Becker, C.B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapyfor PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 277–292.

Botella, C., Quero, S., Lasso de la vega, N., Baños, R.M., Guillén, V., García-Palacios, A. & Castilla, D. (2006). Clinical Issues in the application of virtual reality to treatment of PTSD. En M. Roy (Ed.) *Novel approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 183-195). NATO Security through Science Series, Amsterdam: IOS Press.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214-227.

Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit AreaSurvey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 626-32.

Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103 (*4), 670-686.

Bryant, R. & Harvey, A. (2000)*. Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.

Bryant, R., Moulds, M. & Nixon, R. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behav Res Ther, 41*(4), 489-494.

Cahill, S., Foa, E., & Hembree, E. (2006). Dissemination of exposure therapy in thetreatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, *9* (5), 597-610.

Cahill, S.P., Carrigan, M.H. &Frueh, B.F. (1999). Does EMDR work? And if so, why?: A critical review of controlled out-come research and dismantling research. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 5-33.

Carlson, E. B. & Dalenberg, C. (2000). A conceptual frame work for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence and Abuse: A review journal*, *1*, 4-28.

Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of psychology,52*, 685-716.

Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 305-316.

Devilly, G.J. & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 131-157.

Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., et al. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 1639–1647.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 503-526.

Echerburúa, E., Corral, P. & Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 4,* 227-244.

Ehlers, A. Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 413-431.

Felmingham, K. & Bryant, R. (2012). Gender Differences in the Maintenance of Response to Cognitive Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80* (2), 196-200.

Foa, E. (2011). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depression and Anxiety, 28,* 1043–1047.

Foa, E. & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20-35.

Foa, E. & Riggs, D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. En J. Oldham, M.B. Riba y A. Tasman (eds.), *American Psychiatric Pressreview of psychiatry*, Vol. 12, pp. 273-303. Washington, D.C. American Psychiatric Press.

Foa, E. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD.* New York. The Guilford Press.

Foa, E., Hembree, E. A., Cahill, S. P. *et al.* (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 953–64.

Foa, E., Hembree, E. & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional Processing of traumatic experiences. Therapist guide.* USA: Oxford University press, Inc.

Foa, E., Keane T. & Friedman, M. (2004). *Tratamiento del estrés postraumático.* Barcelona: Ariel Psicología.

Foa, E., Keane, T.M. & Friedman, M.J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 539-588.

Foa, E., Riggs, D., Massie, E. & Yarczower, M. (1995).The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 26*, 487–99.

Foa, E., Rothbaum, B. & Furr, J. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals, 33* (1), 47-53.

Fontana, A., Rosenheck, R., Spencer, H., & Gray, S. (2002). *Long journey home X: Treatment of posttraumatic stress disorder in the Department of Veterans Affairs: Fiscal year 2001 service delivery and performanc*e. West Haven, CT: Northeast Program Evaluation Center.

Glynn, S., Eth, S., Randolph, E., Foy, D., Urbaitis, M., Boxer, L., *et al.* (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 243–251.

Harvey, A., Bryant, R. & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*¸501-522.

Hembree, E., Foa, E., Dorfan, N., Street, G., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients dropout prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress, 16*, 555-562.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. NY: Free Press.

Jaycox, L.H. &Foa, E.B. (1996): Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *3*, 176-184.

Litz, B.T., Gray, M.J. & Bryant, R.A. (2002). Early Interventions for Trauma: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology - Science and Practice*, *9*, 112–134.

Lovell, K., Marks, I.M., Norshirvani, H., Thrasher, S. & Livanon, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 107-112.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry, 55*, 317-325.

Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.). *Helping people change* (pp. 357-391). New York: Pergamon Press.

Minnen, A., Hendriks, L. & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 312-320.

Mueser, K.T., Glynn, S.M., & Rosenberg, S.D. (2000). Post-traumatic stress disorder. Presented at Congresson Associated Psychiatric Syndromes in Schizophrenia. Chicago, IL.

Munley, P. H., Bains, D. S., Bloem, W. D., &Busby, R. M. (1995). Posttraumatic stress and the MMPI-2. *Journal of Traumatic Stress, 8,* 171-179.

Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 409-418.

Paunovic, N. &Öst, L.G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1183-1197.

Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. &Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical PsychologyReview, 30*, 635- 641.

Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. &Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.

Rosen, G.M. (2004). Malingering and the PTSD database. In G.M. Rosen (ed). *Post-traumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*. Chichester, England: John Wiley & Sons.

Rothbaum, B. O. & Schwartz, A. C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy, 56*, 59–75.

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles, Protocols and procedures. New York: GuildfordPress.

Shapiro, F. (2014). EMDR therapy humanitarian assistance programs: Treating the psychological, physical, and societal effects of adverse experiences worldwide, *Journal of EMDR Practice and Research, 8,* 181-186.

Shepherd, J., Stein, K. & Milne, R. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing in thetreatment of posttraumatic stress disorder: A review of an emerging therapy. *Psychological Medicine, 30*, 863 871.

Tarrier, N. &Humphreys, L. (2000). Subjective improvement in PTSD patients witht reatment by imaginal exposure or cognitive therapy: Session by sesión changes. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 27-34.

Tarrier, N. & Sommerfield, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-Year follow –up. *Behavior Therapy*, *35*, 231-246.

Tarrier, N., Liversidge, T. & Gregg, L. (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1643-1656.

Taylor, M., Carney S., Geddes, J, & Goodwin, G. (2003). Folate for depressive disorders. *Cochrane Database Syst Rev. (2).*

Van der Kolk, B.A. (1987): *Psychological trauma*. Washington, D.C. American Psychiatric Press.

Van Minnen, A., Arntz, A., Keijsers, G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Resume Therapy, 40*, 439–457.

Vázquez, C., Pérez-Sales, P. & Ochoa, C. (2014). Posttraumatic Growth: Challenges from a Cross-Cultural Viewpoint. In G.A. Fava and C. Ruini (Eds.). *Increasing Psychological Well-Being Across Cultures*. New York: Springer-Verlag.

Veronen, L. & Kilpatrick, D. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention*, pp. 341-374. New York. Plenum.

Wolfe J., Erickson D., Sharkansky E., King D., & King L. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 520-528.

Eventos estresantes y su relación con el TEPT y el uso de sustancias en personas expuestas

Mariana Linage Rivadeneyra

Introducción

La vida puede conllevar la vivencia de situaciones límite, en algunos casos pueden llamarse "acontecimientos traumáticos", "crisis" o "factores estresantes"; sin importar el término, las personas están expuestas a diferentes retos que representan una crisis vital para el individuo, ya sea como víctima o como testigo. La clase de eventos a las que se hace referencia son aquellas que son poco habituales para la persona como: la muerte repentina de un ser querido, ser víctima de violación, asalto o sobrevivir a un desastre natural.

Ésta clase de eventos tienen características muy particulares como que representan una amenaza significativa para la integridad y el bienestar físico del individuo; son incontrolables, es decir, las personas perciben nulo control sobre la situación y tienen consecuencias irreversibles. De tal forma que, el individuo experimenta una sacudida en su forma de entender el mundo (Calhoun & Tedeschi, 2004). Cuando esta sacudida alcanza un nivel clínico importante de malestar, se puede pensar que el individuo está sufriendo una crisis vital importante que de no ser atendida a tiempo, puede causar un trastorno (s) mental (es) y del comportamiento importante (s).

El énfasis de este capítulo se basa en discutir la relación entre el trastorno de estrés postraumático y su relación con el uso/abuso de sustancias, así como las intervenciones clínicas de corte cognitivo conductual que se manejan hoy en día para superar el trauma. Esta revisión si bien da un panorama general, no es de ninguna manera exhaustiva, sino representa una revisión general como punto de partida para todo aquel interesado en el tema.

I. Trastorno de estrés postraumático y consumo de sustancias: signos y síntomas

Iniciaremos comentando que los sucesos estresantes suelen producir una variedad de respuestas perturbadoras en las personas, de intensidad más o menos grave; que en la mayoría de los casos repercute negativamente en su adaptación; aunque no en todos. Creemos que en algunos casos, se puede obtener un cambio positivo, aunque no será el tema de esta discusión. Dicha repercusión negativa puede llevar al desarrollo de trastornos psicológicos identificables como el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El TEPT se caracteriza por la reexperimentación de síntomas, alteraciones cognitivas y emocionales, evitación y una "hiperactivación" que experimenta la persona después de ocurrido un evento traumático (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) según el DSM V

Criterio A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea amenaza, en una (o más) de las siguientes formas:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumáticos(s)
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej socorristas que recogen restos humanos; policías expuestos a detalles de maltrato infantil). No aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esté relacionada con el trabajo.

Criterio B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p.e escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si repitiera el trauma. Estas reacciones se pueden producir de forma continua y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso (s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s), que se pone de manifiesto por una o dos características:

1. Evitación o esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al trauma.
2. Evitación o esfuerzos por evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos o estrechamente asociados al trauma.

Criterio D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeoran después del suceso (s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las siguientes características:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso (s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores.
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”etc)
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p.ej miedo, terror, enfado, culpa)
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimental emociones positivas (p.ej felicidad, amor)

Criterio E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo
3. Hipervigilancia
4. Respuesta de sobresalto exagerada
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p.ej dificultad para conciliar o continuar el sueño)

Criterio F. La duración de la alteración (Criterios B,C,D,E) es superior a un mes.
Criterio G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas de funcionamiento (p ej social, laboral)
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancias (p.ej medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Origen: Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Nota: Los criterios arriba mencionados se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años se pueden presentar juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del trauma, así como sueños aterradores sin contenido reconocible. Para un diagnóstico adecuado se necesita

contar con una formación clínica sólida; esta información es insuficiente para tal propósito, sólo se presenta con fines educativos.

El TEPT y los trastornos mentales y del comportamiento asociados con el uso de sustancias comúnmente se manifiestan juntos e incluso el conjunto de síntomas pueden presentarse de manera diferenciada de acuerdo al tipo de sustancia consumida (Dworkin, Wanklyn, Stasiewicz & Coffey, 2018). La co-ocurrencia del TEPT con el uso de sustancias es de relevancia clínica; estudios han encontrado que pacientes con dicha comorbilidad tienen mayor riesgo de abandonar el tratamiento para cesar el consumo de sustancias (Tull, Gratz, Coffey, Weiss & McDdermott, 2013) y por lo tanto aumentar su participación en conductas de riesgo (Weiss, Tull, Viana, Anestis & Gratz, 2012).

En cuanto al deseo o craving, estudios han encontrado una relación entre la severidad de los síntomas del TEPT y la intensidad del deseo; a mayor severidad de la sintomatología, mayor es el deseo por la sustancia, después de la exposición al trauma (Tull, Berghoff, Wheeless, Cohen & Gratz, 2018).

También se ha encontrado que el consumo de alcohol y otras sustancias (p.e sedantes y opiáceos) pueden ser factores de riesgo para el desarrollo del TEPT, junto con enfermedad psiquiátrica previa (p.e depresión), edad más joven y sexo femenino (Long, Kross, Davydow & Curtis, 2014).

La ciencia ha tratado de investigar los mecanismos que explican dicha comorbilidad a través de diferentes teorías basadas algunas en la *hipótesis de la vulnerabilidad compartida* (Chilcoat & Breslau, 1998), que señala que la co-ocurrencia de dichos trastornos se deben a factores de riesgo compartidos; la *hipótesis de la susceptibilidad* plantea que el uso de sustancias cercano al trauma impide o imposibilita una recuperación natural del mismo; asimismo la *hipótesis basada en el aumento del riesgo* señala que generalmente el uso de sustancias incrementa el riesgo de una exposición a un evento traumático (Chilcoat & Breslau, 1998). Asimismo, la *hipótesis de la automedicación*, sostiene que los individuos con síntomas de TEPT consumen drogas para aliviar el estrés emocional y poder lidiar con la sintomatología (Khantzian, 1985; Stewart, 1996); finalmente, *la teoría del mantenimiento mutuo* sostiene que el TEPT motiva el uso de sustancias, el cual a su vez mantiene los síntomas del TEPT (Kaysen et al., 2011).

Si bien la génesis del TEPT puede ser más o menos clara, se tiene hoy en día diversos tipos de tratamiento para abordar el padecimiento, en lo particular, retomaremos aquellos de corte cognitivo conductual por ser aquellos reconocidos por la Organización Mundial de la Salud como los más adecuados (WHO, 2005).

II. Tratamientos cognitivo conductuales (TCC) para el TEPT y el uso/abuso de drogas

Los tratamientos cognitivo conductuales (TCC) para el TEPT han demostrado encontrarse entre las terapias más investigadas y más eficaces para un amplio rango de supervivientes, y no es de sorprenderse que los clínicos e investigadores dirijan su atención hacia los métodos y conceptos de la TCC para abordar los problemas y necesidades de la gente que sobrevive a desastres de cualquier tipo, naturales o provocados por el hombre: los ataques a las torres gemelas y el pentágono el 11 de septiembre de 2001, el tsunami en Asia que devastó 12 países en diciembre de 2004 (Abueg & Young, 2008 en Caballo, 2008) hasta el sismo que azotó la Ciudad de México el pasado 19 de septiembre del 2017.

Entre las estrategias no conductuales más empleadas para tratar las consecuencias emocionales provocadas por los desastres están: los enfoques farmacológicos, interpersonal y de asesoramiento general de apoyo. Y probablemente el modelo más influyente para la intervención en desastres, más allá de la intervención en crisis, haya sido el modelo de *debrifing* psicológico (DP); que consiste en una especie de intervención psicológica breve (a veces de una sola sesión) y temprana (inmediata después del desastre). La desventaja es que existe poca investigación empírica sólida que apoyo el uso de dicho modelo de DP (Litz, 2004).

La importancia de utilizar intervenciones breves de la TCC se debe a que hay evidencia de una disminución de las tasas de empeoramiento desde el trastorno por estrés agudo (TEA) al trastorno de estrés postraumático (TEPT) totalmente desarrollado; la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005) ha reconocido dichos tratamientos como los más eficaces.

Ahora, la literatura presenta técnicas específicas para tratar el TEPT por un lado, y por otro técnicas para intervenir a personas con consumo de alcohol y/o drogas; a continuación mencionaremos las más utilizadas y más adelante citaremos aquellas que se reportan en la literatura para tratar a pacientes con comorbilidad, es decir, síntomas de TEPT más consumo de sustancias.

II.I TCC para tratar TEPT

Caballo (2008) en su manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos menciona a la *intervención en relajación* como una de las principales técnicas de intervención, utilizada en situaciones clínicas demostrando su eficacia para el tratamiento de los trastornos asociados al estrés y al trauma: TEPT principalmente. La técnica es aprendida fácilmente por los pacientes; su objetivo es aumentar la capacidad de afrontamiento percibido en el paciente, por medio de la reducción de la ansiedad, específicamente utilizando técnicas de relajación y respiración, frente a estímulos temidos reales y anticipados (Barlow & Cerny, 1988 en Abueg & Young, 2008). Esta técnica puede utilizarse en combinación con otras como la *relajación muscular progresiva* y la *intervención para retener y soltar la respiración (respiración profunda).*

La *intervención en autoeficacia y la aceptación/conciencia plena* ha sido de gran utilidad junto con el establecimiento de objetivos cercanos, ideas provenientes de la teoría del aprendizaje social

de Albert Bandura (Bandura, 1971); su importancia reside en que es una manera de ayudar a las víctimas a elogiar pequeños comportamientos y cogniciones que les ayuden a dar sentido a situaciones catastróficas de desesperanza (Abueg & Young, 2008).

Ahora mencionaremos la *exposición terapéutica directa (ETD)*(Lewis, 1980; Fairbank & Brown, 1987) que puede jugar un papel muy importante en la cura de síntomas de TEPT en supervivientes de desastres, así como para aquellos que tienen un trastorno por estrés agudo. La técnica se basa en llevar a la persona a recordar las partes más perturbadoras del trauma (p.e olores, visiones, pensamientos) y con ayuda del terapeuta acompañar a la persona para que la emoción del trauma fluya, a la par se entrena a la persona a evaluar su nivel de ansiedad después de contar su historia y a utilizar el entrenamiento en relajación para atenuar los efectos del recuerdo traumático (Abueg & Young, 2008). Esta técnica puede ser aplicada hasta en tres sesiones, dependiendo de las necesidades de cada paciente.

Diehle, Schmitt, Daams Joost, Boer & Ramon (2014) en un metanálisis sobre las técnicas terapéuticas más eficaces para el TEPT mencionan elementos de reestructuración los cuales reducen eficazmente los conocimientos relacionados con el trauma; así como cualquier intervención que contemple una combinación de reestructuración cognitiva, la exposición imaginaria y la exposición in vivo; dado que mostraron los mejores resultados.

Es importante mencionar que todas las técnicas aquí mencionadas necesitan para su aplicación adecuada, de psicólogos clínicos entrenados y capacitados para tal fin.

II.II *Técnicas cognitivo conductuales para tratar trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de alcohol.*

En este apartado se describirán exclusivamente algunas de las técnicas y programas más utilizados para tratar la conducta de beber; en el caso del tratamiento para tabaco y otras drogas ilegales sugerimos consultar: *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve motivacional para fumadores* (Lira, Cruz & Ayala, 2012); *Manual de aplicación del tratamiento breve para usuarios de cocaína* (Oropeza, Fukushima, García & Escobedo, 2014); *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve para usuarios de marihuana* (Medina, Chávez, López, Félix, Gordillo & Morales, 2012).

Existen varios modelos de tratamiento para consumidores de alcohol, en México existe el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (Echeverría, Ruíz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2012) desarrollado en la UNAM; el cual va dirigido a personas que tienen problemas con su forma de beber y que quieren modificar su conducta.

Las características principales de esta aproximación son:

1. Evitar calificar o etiquetar al usuario de alcohol.

2. No confrontar sino utilizar la escucha reflexiva, a fin de que el usuario haga conciencia sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de beber.

3. Proporcionar retroalimentación objetiva y no amenazante al usuario para evitar la resistencia e incrementar la conciencia de cambio.

4. Informa y orienta acerca del cambio de hábitos.

5. El usuario interviene en la selección de metas y en la planeación de su tratamiento.

Originalmente se conocía como Programa de Auto-Cambio Dirigido, y fue desarrollado por científicos de la Addiction Research Foundation, en Toronto Canadá, para después ser adaptado por el Dr. Héctor Ayala y su equipo de colaboradores, en México.

Es importante mencionar que este Modelo va dirigido a personas que presentan problemas relacionados al abuso del alcohol y que se manifiestan un amplio rango de consecuencias: físicas, psicológicas y sociales. Este grupo es conocido como *bebedores problema (p.e beben alrededor de 30 copas por semana, consumen esporádicamente pero de manera explosiva, presentan problemas asociados al consumo, mantienen redes de apoyo como familia y amigos; así como estabilidad económica);* que es diferente al grupo de bebedores que son dependientes y que por lo tanto han desarrollado una adicción al alcohol.

Teóricamente el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* se basa en los principios de la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) descrita por Albert Bandura (1969, 1978, 1982, 1985); y se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por los factores genéticos. En lo particular la TAS sitúa a los comportamientos adictivos como conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen al observar o imitar a personas (modelos), y se mantienen por reforzamiento social así como por los efectos reforzantes de la droga (condicionamiento clásico).

Adicionalmente la TAS recalca otros procesos que intervienen en la adquisición de la conducta como: *simbolización, anticipación de la acción y establecimiento de metas, aprendizaje vicario, normas sociales y culturales, autorregulación y autoeficacia* entre otros.

II.II.I *Características d*el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2012).

El modelo es una intervención motivacional y breve que se basa en lecturas y ejercicios que apoyan al usuario en el cambio. Consta de 6 sesiones que se describen a continuación:

a. Admisión: se trabaja la identificación de la etapa de cambio y se entrevista al usuario para conocer si es candidato al programa.

b. Evaluación: se basa en una entrevista conductual para obtener información sobre la historia y patrón de consumo, consecuencias asociadas entre otros rubros. Se aplican una serie de cuestionarios importantes que permiten obtener información valiosa sobre el consumo y que permitirán la planeación del tratamiento.

c. Paso 1: el usuario analiza los pros y contras de su conducta, la decisión de cambio así como es establecimientos de meta.

d. Paso 2: identificación de las situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol.

e. Paso 3: desarrollo de planes de acción para cada situación de riesgo asociados con el consumo excesivo de alcohol.

f. Paso 4. Nuevo establecimiento de metas.

La evaluación de consumo de alcohol requiere de una serie de instrumentos que se aplican durante la admisión y en la evaluación. Por ejemplo la *Breve Escala de Dependencia de Alcohol* (Edward & Gross, 1976 en Echeverría et al., 2012; [BEDA]) se aplica durante la admisión y su objetivo es identificar en qué grupo de riesgo (p.e consumo de riesgo, consumo nocivo o dependencia) se encuentra el usuario; la puntuación va de 0 a 45 puntos. Los candidatos al programa se encuentran en el grupo intermedio caracterizado por el consumo nocivo, con puntuaciones que van de 11 a 25 puntos. Asimismo se aplica una prueba neuropsicológica para descartar daño orgánico o incapacidad neuropsicológica asociada al consumo de alcohol, la prueba que se ha utilizado es la Batería Halstead-Reitan con su subescala de Pistas parte A y B. Durante la sesión de evaluación se aplican algunos instrumentos adicionales, enfocados a conocer el patrón de consumo de usuario así como sus situaciones de riesgo y su nivel de autoconfianza: a) Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol ([LIBARE], Sobell y Sobell, 1992); b) Inventario de Situaciones de Consumo de alcohol ([ISCA], Annis, 1982); c) Cuestionario de Confianza Situacional forma breve ([CCS], Annis y Kelly, 1984 en Echeverría et al., 2012) y d) Formato de auto-registro del consumo.

Para mayor información se sugiere consultar el Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría, Ruíz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2012).

II.III Técnicas Cognitivo Conductuales para TEPT y consumo de alcohol y otras sustancias.

Se han utilizado una variedad conocida de técnicas de la TCC para tratar en conjunto los síntomas de EPT y el consumo de alcohol y otras sustancias. Investigaciones recientes como la de Tull, Berghoff, Wheeless, Cohen & Gratz (2018) sostienen que la regulación emocional es necesaria en pacientes con TEPT y consumo de sustancias; en estos pacientes es común encontrar un amplio déficit en cuanto a la regulación emocional y un uso desadaptativo de estrategias como la evitación, no aceptación, disociación, poca claridad emocional entre otras (Ehring & Quack, 2010). De tal forma

que una oportunidad en cuanto a la intervención se centra en el entrenamiento para la regulación emocional, entendida como la habilidad de utilizar la información que proviene de las emociones y emplearlas para obtener información sobre uno mismo, los otros o el ambiente y dirigirla para alcanzar las metas deseadas (Tull & Aldao, 2015). Tull et al. (2018) encontraron que además del uso de estrategias de regulación emocional disfuncionales, los pacientes además fueron capaces de usar algunas estrategias adaptativas como control de la atención, permitir el disconfort, reestructuración cognitiva y distracción; estrategias que se han encontrado moderan la reactividad emocional durante el trauma (Webb, Miles & Sheeran, 2012).

Adicionalmente, se recomienda hacer un diagnóstico diferencial para determinar qué sustancia de consumo primario es la que se presenta el paciente; dado que se ha encontrado que los sujetos altos en síntomas evitativos generalmente se asocian a un trastorno por consumo de alcohol; mientras que los trastornos por consumo de cocaína se asocian más con sintomatología de hiperactivación (p.e irritabilidad, enojo, hipervigilancia) (Tull et al, 2018). De tal forma que los pacientes cuenten con un diagnóstico diferencial en cuanto al consumo de sustancias que permita predecir la sintomatología asociada al TEPT, y ser canalizados a tratamientos específicos con mejor pronóstico que a su vez permita tratar ambos padecimientos.

Los tratamientos farmacológicos han sido ampliamente utilizados. La investigación sobre la neurobiología ha implicado alteraciones en la regulación de múltiples sistemas neurotransmisores incluyendo la noradrenalina, la serotonina y glutamato, así como el eje hipotálamo-hipófisis. Entre los fármacos más empleados están: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores de la recaptura de norepinefrina serotonina, antidepresivos tricíclicos (ATC) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y otros agentes antidepresivos (Angeles, 2017).

III. Caso clínico:

a) Ficha de identificación: paciente del sexo masculino, edad 18 años, lugar de nacimiento Mérida, Yucatán; lugar de residencia CDMX. El paciente estudia la carrera de derecho. Vive solo con compañeros de la universidad y es soltero.

b) Motivo de consulta: “Mi mamá me ordenó que viniera, yo creo que sí lo necesito, no puedo dormir bien, hoy no dormí. Me he llevado dos sustos desde que llegué a la CDMX…me refiero a los sismos” (sic pac).

El paciente reportó haber experimentado los dos sismos que sacudieron la Ciudad durante el mes de septiembre (día 7 y día 19), “estaba dormido y sentí cómo me jalaban la cama, vivo en la doctores con mis roomies; el edificio se movía mucho”(sic pac). El segundo temblor fue más fuerte, se cayó un edificio por mi casa, fui a ayudar…vi gente” (silencio). Se refiere a haber visto gente muerta “no son recuerdos agradables” (sic pac).

Criterios diagnósticos: con base en la exploración clínica realizada al paciente a través de una entrevista dirigida, se encontró que el paciente presentaba síntomas que de acuerdo con el DSM-V se asocian al TEPT: 1) reexperimentación “siento que me mueven la cama, en las noches amanezco sudando, agitado”; 2) Ansiedad excesiva e hiperactivación: presenta dificultad para concentrarse “no puedo leer, me llevo mis libros para estudiar y me quedo pasmado” así como irritabilidad, y dolores de cabeza; 3) refiere necesidad de evitar los lugares asociados al trauma aunque negó la evitación de pensamientos o visiones asociadas al trauma; y 4) alteraciones cognitivas y emocionales: reportó disminución en la motivación por sus actividades diarias, así como necesidad de aislarse. Dichos síntomas tuvieron una duración de dos meses posterior al trauma.

c) Tratamiento: se trabajó un total de 4 sesiones, se aplicaron técnicas cognitivo conductuales asociadas a la sintomatología presente en el paciente.

- Sesión 1: Se normalizó la reacción de malestar y se trabajó reestructuración cognitiva. El paciente presentaba pensamientos irracionales de perfeccionismo como “Creo que estoy exagerando, esto es demasiado” (sic pac). Se le dio psicoeducación, enfocada a la explicación de los síntomas asociados al trauma. Se le entrenó en respiración profunda, solicitándole llevar un diario de ocurrencia donde anotara mínimo una vez al día la aplicación de la técnica y de preferencia por la noche dado que tenía dificultades para dormir. Adicionalmente el paciente reportó estar tomando más de lo habitual a raíz del sismo “antes de dormir me echo un whisky, no es mucho pero no era algo que yo soliera hacer”; se le explicó el concepto de trago estándar y se le pidió que llenara el autoregistro semanal del consumo de alcohol; se le dio psicoeducación sobre los límites del consumo moderado o de bajo riesgo de alcohol. Se aplicó el inventario de Beck para evaluar sintomatología depresiva, obteniendo un puntaje de 14 (sintomatología leve).

- Sesión 2: se trabajó la técnica de exposición terapéutica directa según la expone Abueg & Young (2008 en Caballo 2008); primero se trabajó la imaginería y posteriormente la exposición. Se le pidió al paciente que eligiera los 2 recuerdos más perturbadores del trauma: 1) cuando empezó a temblar, su amigo lo despertó, teniendo que bajar de un 6to piso al 1er piso y 2) Cuando el temblor ya había pasado, comenzó a caminar al edificio colapsado que estaba junto a su vivienda, vio amigos cubiertos de polvo y gente desorientada caminando. Eligió el segundo recuerdo para trabajar; en una escala del 1 al 10, eligió el 7 para calificar el recuerdo como “muy vívido”. Se realizó el análisis de las unidades subjetivas de tensión (USA), ubicando el 5 como su nivel actual de tensión. Se le guió en un ejercicio de relajación muscular progresiva (RMP) previó a la exposición, encontrándose que su nivel de tensión bajó del 5 al 1. Se realizó la exposición terapéutica directa lo cual llevó a un incremento de la tensión de 3. El paciente pudo recordar los momentos más perturbadores del trauma, y

relató con exactitud olores, visiones, pensamientos; sin embargo no fue fácil que contactara con la emoción que le generó sentir amenazada su vida y la de otros. Se le pidió realizar un diario de pensamientos para identificar aquellos que generaban más ansiedad y poder trabajarlos desde la reestructuración cognitiva. Se revisó el autoregistro semanal del consumo presentando solo dos ocasiones de consumo en las que el paciente consumió 2 copas en cada situación antes de dormir.

- Sesión 3: Se le preguntó si había presentado otros recuerdos asociados al temblor, el paciente dijo no haber presentado nuevos recuerdos asociados. Se trabajó el recuerdo 1 que relató en la sesión 2, siguiendo el mismo procedimiento (Abueg & Young 2008 en Caballo, 2008). Se revisó el diario de pensamientos, encontrándose pensamientos de tipo catastrófico como “El vaso de agua que tengo en la mesita de noche se mueve, creo que está temblando otra vez” y pensamientos de sobregeneralización como “si tembló una vez, seguro volverá a temblar”, se trabajó en la reestructuración cognitiva de dichos pensamientos. En cuanto al autoregistro del consumo de alcohol el paciente no reportó haber consumido bebidas alcohólicas antes de dormir.
- Sesión 4: Cierre de la intervención, el paciente reportó ausencia de malestar asociado con el temblor, así mismo mejora en cuanto al sueño y la alimentación. Se revisó el autoregistro del consumo de alcohol, y el paciente negó haber consumido alcohol. Se le aplicó el Inventario de Beck (postest) para evaluar sintomatología depresiva obteniendo un puntaje de 3 (sintomatología mínima).

d) Conclusiones: el paciente mostró una disminución de la sintomatología cognitiva y emocional relacionada al trauma, así como una mejora en cuanto al sueño y la alimentación. En cuanto a las recomendaciones se sugiere medir la sintomatología del TEPT (p.e CAPS; Keane, Cadell & Taylor, 1990) dado que en este caso se midió la sintomatología emocional y cognitiva que causaba malestar en el paciente, específicamente asociada a la depresión. Aunque el paciente reportó desde el inicio un consumo de bajo de riesgo, sería recomendable darle seguimiento a la conducta de beber para asegurarse que el paciente se mantiene en los límites de la moderación y evitar su progresión a estadios como el abuso de sustancias.

Referencias

Abueg, F & Young, B. (2008). Terapia cognitivo conductual para los desastres: Primeras ayudas psicológicas, relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y exposición directa. En Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos. V. Caballo (Eds). Madrid: Siglo XXI.

Ángeles, L.A. (2016). Prevalencia de trastorno de estrés postraumático y sus síntomas en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Tesis de Especialidad en Psiquiatría*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Annis, H.M. (1982). Inventory of drinking situations. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* Asociación Americana de Psiquiatría: EE.UU.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart & Winston. IX, 677.

Bandura, A. (1978). *The self-system in reciprocal determinism*. NY: Holt, Rinehart & Winston, 33, 334-358.

Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 37, 122-147.

Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action*. NY: Prentice Hall.

Caballo, V.E (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación.* Madrid: SigloXXIeditores

Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15*, 93-102.

Chilcoat, H.D., & Breslau, N. (1998). Investigation of casual pathways between PTSD and drug use disorders. *Aaddictive Behavios, 23,* 827-840. http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00069-0

Diehle, J., Schmitt, K., Daams Joost, G., Boer, F & Ramon, J.L. (2014). Effects of Psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder. A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 257-267.

Echeverría, L., Ruíz, M., Salazar, M., Tiburcio, M & Ayala, H. (2012). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones.

Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma and PTSD symptom severity. *Behavior Ttherapy, 41,* 587-598.

Kaysen, D., Atkins, D.C., Moore, S.A., Lindgren, K.P., Dillworth, T., & Simpson, T. (2011). Alcohol use, problems, and the course of posttraumetic stress disorder: A prospective study female crime victims. *Journal of Dual Diagnosis, 7,* 262-279. http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2011.620449.

Keane, T.M., Caddell, J.M., & Taylor, K.L. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist, 13*, 187-188.

Lira, J., Cruz, S & Ayala, H. (2012). *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve motivacional para fumadores (IBMF)*. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

Litz, B. (2004). *Early intervention for trauma and traumatic loss.* New York: Guilford.

Long, A.C., Kross, E.K., Davydow, D.S & Curtis, J.R. (2014). Posttraumatic stress disorder among survivors of critical illness: creation of a conceptual model addressing indentification, prevention and management. *Intensive Care Medicine 40* (6), 820-829.

Medina, M.A., Chávez, M.E., López, F., Félix, V., Gordillo, T & Morales, S. (2012). Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve para usuarios de marihuana. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

Oropeza, R., Fukushima E.A., García, L.R & Escobedo, J.J. (2014). *Manual de aplicación del tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC)*. México. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

Sobell, L.C & Sobell, M.B. (1992). Time Follow-back: A technique for assessing self-reported etanol consumption. In J. Allen & R.Z Litten (Eds). Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods. New Jersery: Human Press.

Tull, M.T., & Aldao, A. (2015). Editorial overview: New directions in the science of emotion regulation. *Current Option in Psychology, 3,* iv-x.

Tull, M., Berghoff, C., Wheeless, L., Cohen, R. & Gratz, K. (2018). PTSD symptom severity and emotion regulation strategy use during trauma cue exposure among patients with substance use disorders: associations with negative affect, craving and cortisol reactivity. *Behavior Therapy 49,* 57-70.

Tull, M.T., Gratz, K.L., Coffey, S.F., Weiss, N.H & McDermott, M.J. (2013). Examining the interactive effect of posttraumatic stress disorder, distress tolerance, and gender on residential substance use disorder treatment retention. *Psychology of Addictive Behaviors, 27,* 763-773.

Webb, T.L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin, 138,* 775-808.

Weis, N., Tull, M.T., Viana, A.G., Anestis, M.D & Gratz, K.L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 453-458.

World Health Organization (2005). *Mental health of populations exposed to biological and chemical weapons.* Mental Health: Evidence & Research Department of Mental Health & Substance Abuse, Ginebra. Suiza.

La resiliencia ante situaciones de desastre

Luz de Lourdes Eguiluz y María Luisa Plasencia

1. ¿Qué es una crisis?

Llamamos crisis a un suceso que nos trastorna y rompe la estabilidad en la que nos encontrábamos, invitándonos a buscar nuevamente la homeostasis para acomodarnos a las nuevas circunstancias que los cambios naturales de la vida nos ofrece.

El *I Ching* también conocido como libro de las Mutaciones, es un libro oracular que forma parte de los cinco libros sagrado de los chinos, existen dos pictogramas para escribir la palabra *crisis* 危机 (Wei Ji), el primero significa peligro y el segundo oportunidad, lo que nos invita a pensar que una crisis no solamente implica algo negativo o malo para la persona que lo vive, sino que la crisis puede verse como una oportunidad que la vida nos ofrece para hacer cambios y madurar con ello.

En su libro *Crecer a partir de las crisis* el terapeuta americano William O´Hanlon (2005) señala que “las crisis son acontecimientos que paralizan, quebrantan y afectan nuestra vida y la percepción de nosotros mismos, hasta el punto en que perdemos la capacidad de seguir adelante con normalidad” (p:18).

Los acontecimientos que generan crisis pueden ser de poca monta, como por ejemplo, pensemos en un niño en edad preescolar al que su madre decide inscribirlo al jardín de niños con la idea de que conviva con otros chicos de su edad y que aprenda cosas que le enseña otra persona adulta, todas éstas y más razones positivas puede tener la madre, pero para el niño, dejar la seguridad de su casa donde está mamá, ir a un lugar desconocido, competir con otros niños para captar la atención de la educadora, puede generarle un gran sufrimiento, una crisis que lo obliga a cambiar para adaptarse al nuevo entorno, cualquier aprendizaje, significa incorporar nuevas ideas, conductas y costumbres a su repertorio y eso no siempre es agradable para un niño y más cuando no entiende porque lo “abandonaron”. El cambio de casa o de escuela, puede también generar una crisis, porque implica nuevamente perder la estabilidad, perder sus referentes, sus conocidos y tener que empezar de nuevo.

A lo largo de la vida todas las personas independientemente de su edad, condición social o cualquier otra variable, atraviesan por distintas crisis, los ejemplos anteriores no son tan graves, si los comparamos con la pérdida o la muerte de un ser querido, una enfermedad grave, invalidante o terminal, que repercuten necesariamente en todo el sistema familiar. Estas crisis no solo pueden paralizar a la persona, sino que afectan todas las esferas de la vida personal y familiar. Tales como el comportamiento de los hijos en la escuela, el campo laboral del adulto, la vida social familiar, estas

crisis afectan a todo el grupo que se ve obligado a cambiar sus costumbres y rutinas, así como las actividades que acostumbraban hacer anteriormente.

Otra crisis frecuente en la familia esta relacionada con la vida de pareja, la relación de los padres, por ejemplo, si hay una infidelidad, si hay violencia extrema, una separación o un divorcio, puede tener efectos devastadores en el otro cónyuge, pero también en los hijos y en la familia extensa. Generalmente la vivencia de la crisis es más fuerte para la persona que no tomó la decisión y que vive la experiencia como un castigo, como un acto injusto, o una desgracia inesperada.

2. El dolor individual y el dolor social

La humanidad siempre ha convivido con el dolor y en general ha soportado el sufrimiento. Sin embargo, la comprensión del origen del dolor y la búsqueda de distintas formas para atenuarlo ha sido también una constante a lo largo de la historia, recordemos la hechicería, brujería, herbolaria, homeopatía, alopatía, la psiquiatría, la psicología, etc.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el *dolor* como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial (IASP, 2005). Esta definición reconoce tres cualidades importantes relacionados con la experiencia del dolor: 1. El dolor tiene características sensoriales y perceptivas únicas; 2. No existe correspondencia absoluta entre dolor y daño tisular y 3. El dolor puede ser también una experiencia con componentes emocionales desagradables.

El tercer tipo de dolor es más complicado de aliviar porque no corresponde a una daño biológico relacionado con el cuerpo físico, sino que tiene que ver con la forma como el individuo ha aprendido a explicarse lo que le ocurre (González, (2010). Un médico puede curar una quemadura en el brazo de un paciente evaluando la edad, la localización en el cuerpo y el daño tisular que ha causado el accidente, pero no es fácil evaluar ni curar el daño causado por la muerte de un ser querido (Linton y Shaw, 2011). Y como se trata de un daño emocional, la respuesta al dolor es totalmente idiosincrática, de modo que el dolor por la pérdida de una persona amada, puede ocasionar un sufrimiento que dure varios años o solo unos meses, en el primer caso la persona puede sufrir depresión y en casos extremos llegar al suicidio. Mientras que en el segundo caso la persona puede crecer, madurar, trabajar y salir adelante, dejando en el pasado el dolor, aunque eso no quiere decir que lo olvide. Por eso decimos que la crisis tiene esas dos maneras de entenderse: como peligro y/o como oportunidad.

La familia vista desde el modelo sistémico, es un grupo de individuos, algunos de ellos con lazos de parentesco, unidos por sentimientos de amor y bienestar, que han decidido vivir juntos para ayudarse compartiendo las tareas cotidianas y poder protegerse del medio externo (Eguiluz y Ortiz, 2015).

Para Salvador Minuchin (et al. 2012) quien fue uno de los fundadores del modelo sistémico, el concepto de totalidad señala que el todo (la familia) siempre es algo distinto y mayor que la suma de sus partes (el marido, la esposa y los hijos), lo que implica que lo que le ocurre a uno de ellos atañe y afecta a todo el grupo familiar, por ejemplo, si el padre sufre una lesión que lo invalida a seguir trabajando, eso generará una crisis en toda la familia, la esposa y los hijos mayores tendrán que buscar trabajo para salir adelante. Si uno de los hijos reprueba año, o está consumiendo droga, si la joven adolescente queda embarazada, si la abuela sufre un infarto, todas ellas son crisis dolorosas que la familia tendrá que sortear para salir adelante.

Como hemos visto, tanto el dolor como las crisis, pueden vivirse no sólo como algo personal, sino también como acontecimientos sociales. Para muchos mexicanos, por ejemplo el sismo del 28 de julio de 1957 con la caída del Ángel de la Independencia, así como el terremoto de 1985 han sido acontecimientos que cimbraron y causaron daños graves a una gran parte de la población. Según datos reportado en por la Enciclopedia libre Wikipedia (2018) el terremoto de 1957 ocurrió el domingo 28 de julio a las 2:43 de la madrugada, con una intensidad de 7.7, donde hubo 67 muertos y más de 500 heridos. Como ocurrió en domingo y en la madrugada se reportaron pocos casos de muertos y heridos pero las pérdidas materiales y la cantidad de edificios dañados y destruidos fue bastante cuantiosa. Mientras que el sismo de 1985 ocurrido el jueves 19 de septiembre a las 7:17 de la mañana con magnitud de 8.1 grados, el saldo en muertos y heridos fue miles de veces mayor, mas de 40 mil víctimas según informe del gobierno. Esa pequeña diferencia de grado en la magnitud del sismo hizo una diferencia alarmante en la cantidad de daños causado a la población. Estos dos terremotos han dejado huella en la historia de las catástrofes vividas por los habitantes de la Ciudad de México. Las pérdidas materiales y las vidas truncadas generaron crisis en miles de personas, no solo en aquellos que vivieron las pérdidas, sino en todos los que de una u otra manera vivenciaron la tragedia nacional.

3. Cuáles son las etapas de las crisis

Los estudios sobre las crisis así como las formas en que éstas pueden trabajarse, comienzan a partir del gran incendio de 1942 ocurrido en Boston, Estados Unidos, donde murieron 492 personas. Por lo que el estudio científico de las crisis es relativamente reciente, a pesar de que son situaciones que afectan a todos los seres humanos, quizá tuvo que ver con la certeza de que las crisis en muchos casos se resuelven solas y su duración es pasajera.

Se entiende por crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, ya sea individual o social, caracterizado, entre otras cosas en la incapacidad del individuo para abordar situaciones específicas que se le presentan e impidiéndole usar las estrategias de solución que le son propias.

En el libro de *Intervención en Crisis*, Karl A. Slaikeu (1996), señala que una crisis es un estado de desestructuración de la personalidad, producto de un hecho o acontecimiento vivido como traumático, que nos imposibilita para responder de la manera en que habitualmente lo hacemos. El

hecho de que el acontecimiento sea vivido como traumático o no, dependerá de cada persona. De esta manera lo que para uno puede ser una tragedia, para otro puede ser un hecho esperado y para otro más, el mismo acontecimiento, puede ser hasta tranquilizante.

Las crisis pueden ser circunstanciales o de desarrollo, las primeras son inesperadas como un accidente, una violación, un incendio, desastres naturales (temblores, inundaciones, accidente aéreo), etc. y dependen en gran medida, de circunstancias ambientales o externas. Mientras que las crisis de desarrollo son más predecibles y tienen que ver con factores de desarrollo del ciclo vital personal o familiar, el ingreso a la escuela, el embarazo, la crisis de la adolescencia, la muerte de un abuelo, la separación de los padres, etc.

A través del tiempo se han llegado al acuerdo sobre el proceso que siguen las crisis, señalando cinco fases, a saber:

1. Desorden y confusión, se manifiesta con gritos, llanto, angustia y miedo;
2. Negación, la persona no acepta lo ocurrido ya sea negando lo ocurrido o tratando de aparentar que todo siga igual;
3. Intrusión, inquietud y abundancia de ideas, sueños y pesadillas sobre lo ocurrido;
4. Elaboración fase que se trabaja y en algunos casos se transcurre sólo con ayuda;
5. Terminación o Consumación, implica la integración de la experiencia o la crisis dentro de la vida de la persona.

Para Darquea (2011) y sus colaboradores reconocen el mismo número de fases aunque las nombran de distinta manera: 1. Expresión; 2. Negación; 3. Intrusión;

4. Traslaboración y 5. Consumación, los significados de cada una son muy semejantes a los ya señalados.

4. Qué significa resiliencia

La psicología por ser una ciencia relativamente joven, ha retomado términos de la física para explicar algunas ideas relativas al comportamiento humano, por ejemplo: energía, presión, depresión, estímulo, etc. Eso mismo sucedió con la palabra *"resiliencia"* que en física sirve para referirse a la característica de algunos metales que al ser sometidos a una fuerte presión, se observa que al cesar esa fuerza, regresan a su forma original. La psicología utilizó la misma palabra para explicar el comportamiento de ciertas personas que después de vivir una crisis muy fuerte, pueden reponerse del impacto y seguir funcionando e incluso crecer después de la crisis (González, 2010).

Valeria Schwalb (2013) comenta en su libro, que "...la resiliencia es la capacidad con la que todos contamos, una herramienta muy poderosa que puede conducirnos a cambiar el modo de vivir

nuestra realidad, y de entender los procesos de la vida" (p:50). Para aumentar la comprensión en el significado de este nuevo concepto de resiliencia recurrimos a Edith Grotberg quien señala en su libro *La resiliencia en el mundo de hoy* (2006) que resiliencia es "la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas" (p:63).

Eugenio Saavedra (et al., 2015) investigador de la Universidad de Maule en Chile, señala en su libro la importancia de enseñar a las educadoras y maestros cómo construir la resiliencia en la escuela desde el preescolar hasta la universidad.

5. Herencia o aprendizaje de la resiliencia

El psiquiatra y psicoanalista mexicano Santiago Ramírez quien se gradúa como médico en 1945, escribió casi 30 años después, un libro titulado: *Infancia es Destino* (1975, la primera edición) en donde propone de forma determinista que los problemas y las crisis vividas durante la niñez, marcarán de forma indeleble la vida del adulto. La práctica analítica de Ramírez deriva de las ideas de Freud quien señalaba que las neurosis adultas provenían de las experiencias infantiles.

Durante los años 60 y 70 con la llegada de las teorías conductistas traídas por profesores de la UNAM que habían hecho posgrado en Estados Unidos, y la amplia publicación de investigaciones y evidencias empíricas, se empieza a combatir la arraigada idea determinista de que "infancia es destino".

Los experimentos realizados con perros por Martin Seligman un destacado conductista en esa época, demostraron bajo condiciones de control exhaustivo de variables, que los perros sometidos a descargas eléctricas aleatorias, en las rejillas del piso de la jaula, mostraban al inicio conductas violentas buscando escapar al dolor, pero al cabo de un tiempo se sometían al programa quedándose pasmados sin ofrecer resistencia (Sanjuán y Magallanes, 2006). Incluso al abrir las puertas de las jaulas la mayoría de los animales no escapaba, era como si hubiera aceptado el castigo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). De ahí Seligman derivó su teoría del *Desamparo o Desesperanza Aprendida*. Pero muchos años después el mismo autor reflexionando sobre el comportamiento de esos animales que no se habían sometido a su destino (descargas eléctricas aleatorias) y habían escapado, relaciona ese comportamiento con las investigaciones sobre la resiliencia y la psicología positiva, que se enfoca ya no en el problema sino en las capacidades y fortalezas humanas. Es indudable que cuando se abre el foco de atención, se pueden mirar otras cosas a las que no se les había dado importancia.

La resiliencia entendida como capacidad de resistir las crisis que nos plantea la vida y salir fortalecidos de las mismas, es también una puerta abierta a la esperanza que se aparta de los determinismos y que posibilita el cambio.

Muchos adultos saben que a pesar de que sus hijos procedan genéticamente del mismo origen, cada uno de ellos tiene modalidades de afrontamiento particulares, porque en sus respuestas confluyen múltiples factores, individuales, familiares, ambientales, sociales y hasta genéticos (Schwalb, 2013), además hay que considerar las circunstancias y momentos en que ocurre una crisis, lo que también influye en la forma de afrontarla.

Boris Cyrulnik (2003) fue el primer francés en interesarse por el fenómeno de la resiliencia, probablemente porque se empeñó en comprender sus propias ganas de vivir, quiso enfocarse sobre su historia y de esa forma explicar cómo él siendo un niño con solo seis años escapó de un campo de concentración donde el resto de su familia muerte y cómo después de grandes esfuerzos llega a estudiar medicina, psiquiatría y psicoanálisis, además de escribir varios libros muy exitosos con la idea de que "una infancia infeliz no determina la vida" (op. cit.) como pronostica la teoría psicoanalítica.

A partir de ahí mucho se ha demostrado que todos los seres humanos tenemos la capacidad de salir adelante. Ahora sabemos que la resiliencia no es un rasgo hereditario, no es una cualidad que pueda heredarse, pero si se puede aprender desde temprana edad.

Pero qué elementos se requieren para construir la resiliencia en los niños, ésta fue una pregunta importante que Cyrulnik ha buscado develar a través de sus escritos (2003, 2005). Por principio el autor señala, que las reacciones psicológicas de los niños dependen en gran medida del estado emocional de los adultos que los rodean, de esa manera las crisis que pueden convertirse en traumas, provienen de la asunción de la intersubjetividad (la relación entre el niño y sus padres). Lo que perturba o calma al niño, es la forma como las figuras de su vínculo afectivo interpretan lo ocurrido al expresar sus emociones. Los niños no pueden adaptarse a las circunstancias cambiantes de su entorno al no entender con claridad lo que está ocurriendo.

> Es necesario pensar un desastre para conseguir darle algún sentido, y es igualmente necesario pasar a la acción afrontándolo, huyendo de él o metamorfoseándolo. Hay que comprender y actuar para desencadenar un proceso de resiliencia. Cuando falta alguno de estos dos factores, la resiliencia no se teje y el trastorno se instala (Cyrulnik, 2003, p.165).

En otras palabras la construcción que se hace de la realidad, explicándola y encontrándole sentido y la conducta que se deriva de esta toma de conciencia forman la resiliencia.

Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte (2002) han encontrado algunos recursos de la capacidad llamada resiliencia, al observar que son niños que se enfrenta con buen ánimo a los peligros, los riesgos y los propios temores; porque han podido establecer una relación fuerte con uno o varios adultos que les han permitido desarrollar confianza, simpatía y comprensión mutua.

Estas personas pueden ser ambos padres, o uno de ellos, un miembro de la familia extensa, un amigo de mayor edad, un maestro, etc.

6. Bienestar psicológico y autocuidado

El concepto de bienestar psicológico ha sido uno de los pilares de la psicología positiva. Éste se desprende, por un lado de la tradición griega, en particular de las ideas del filósofo Aristóteles; por el otro, de la propuesta mucho más reciente de Jahoda (1958) al describir los criterios que podrían ser considerados indicadores de salud mental.

Jahoda (1958) fue la primera en señalar que era posible considerar determinados síntomas -si se permite – que indicaban la presencia de salud mental. En la época en que ella publicó esta clasificación, por supuesto no tuvo mayor impacto y quedó en el olvido. La atención de la psicología clínica estaba puesta en resolver problemas y quitar –síntomas de malestar-, no en promover el bienestar. En esos años, hubo cambios en la visión de los profesionales de las salud, que llevaron a la inclusión de temas como la calidad de vida. El impacto de este nuevo enfoque es tal que se llega a incluir en las agendas políticas (Oviedo, Restrepo, & Cardona, 2016). Desde la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) surge una definición de salud mental, y en el 2004 en su informe de promoción de la salud mental, presenta esta Organización algunos de los modelos que han contribuido a entender la salud mental positiva, entre ellos se encuentra el modelo de Jahoda (1958). La autora incluyó aspectos como: actitudes hacia uno mismo, crecimiento y desarrollo, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno. Años más tarde, Carol Ryff (1998) tomando como base el trabajo de Jahoda y sus propias investigaciones, desarrolló un modelo de bienestar psicológico en conjunto con un instrumento de evaluación el cual ha sido traducido y validado en diversas poblaciones entre ellas la mexicana. La propuesta de Ryff sobre el bienestar psicológico, se base también en las ideas de Aristóteles (1985) principalmente en la idea de que el objetivo de la vida es la *eudaimonia.* Esta felicidad se deriva de la virtud. Pero la virtud no es algo que solo se piense, se debe llevar a la práctica, es en los actos donde se halla la vida virtuosa, que se puede aprender y desarrollar a partir de la voluntad. Por ende, la *eudaimonia* también implica una especie de auto- observación que permite monitorear los pensamientos y los actos, es decir reflexionar sobre nuestros actos.

Carol Ryff (1998) presenta un modelo de bienestar psicológico, en sustitución del término *eudaimonia,* compuesto por seis dimensiones:

1- **La aceptación**. Entendida como sentirse bien y tener actitudes positivas consigo mismo. En este sentido, se reconocen los mejores aspectos personales, a la vez que se hace conciencia de las propias limitaciones. Es sentirse cómodo y a gusto siendo tal y como se es.

2- **Relaciones positiva**. Es mantener relaciones sociales con afecto, empatía, confianza, tener amigos en quien se puede confiar. Entender y aceptar el dar y recibir de las relaciones.

3- **Autonomía.** Tiene que ver con la habilidad de sostener la propia individualidad en los diversos contextos sociales. Es decir, mantener la independencia y autoridad personal, no ceder ante la presión social y regular mejor su comportamiento.

4- **Dominio del entorno**. Es la capacidad de generar entornos favorables para satisfacer las necesidades propias. Quienes tienen dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se consideran capaces de influir sobre el contexto que los rodea.

5- **Propósito en la vida**. Hace referencia a la habilidad de la persona para plantearse metas, definir objetivos que le permitan dotar a su vida de sentido. Éste genera mayor bienestar si beneficia a otros.

6- **Crecimiento personal**. Tiene que ver con el empeño que pone la persona en desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo. Cambiando y mejorando para lograr utilizar al máximo las capacidades.

En general, los elementos *eudaimónicos*[3] del bienestar parecen tener relaciones más fuertes con la salud física que las medidas *hedónicas*. La medida de bienestar psicológico es utilizada también como un criterio de cambio psicológico tras una intervención. Cuando se trata de una intervención ante un desastre o una emergencia, conocer cuál es él el propósito de vida de una persona o aquellas cosas que dan sentido a su vida, permite explorar las fortalezas de la persona y quizá también cómo estas se relacionan con su comunidad. En este sentido, dado que la persona es quién elije libremente acudir al servicio psicológico que se ofrece ante un desastre, se recomienda sacar el máximo provecho al tiempo que se tiene. De igual forma, es importante recordar que todo el proceso inicia desde el primer encuentro.

La pregunta relevante para hacer en ese momento es ¿cuál es tu preocupación más importante en este momento? (Miller, 2006). Esta pregunta permite que la persona pueda ir recuperado su sensación de agencia personal, de autonomía. Habrá quien solo desea hablar, quien necesita hacer una lista de sus preocupaciones, bajar la angustia, encontrar un familiar, tomar decisiones, etc. Dado las características del evento, es importante centrarse en las necesidades más inmediatas y críticas que le atañen al consultante (op. cit.).

Otra pregunta importante es ¿Qué cosas has intentado hacer o has hecho? De entrada es importante saber lo que la persona ya ha intentado, para evitar hacer algo que no ha funcionado.

---

[3] Aristóteles se refiere a la *Eudaimonia* como la felicidad que se obtiene mediante el esfuerzo y dentro del marco de la virtud. El *Hedonismo* para Aristóteles hace referencia a la felicidad que se obtiene mediante los placeres, generalmente ligados al cuerpo. Para mayor información revisar el texto de Aristóteles: *Ética nicomáquea, Ética eudemia.*Madrid: Gredos.

Miller (2006) sostiene que otro punto importante de esta pregunta es que conecta a las personas con lo que ya conocían de sí mismos, abriendo la puerta para explorar las fortalezas y recursos con los que cuentan. A su vez, esta pregunta invita a que la persona pueda conectar con su autonomía y dominio del entorno; el hecho de acudir al servicio psicológico habla de su capacidad de dominio del entorno. El tipo de relación que se establezca con la persona puede ser también una forma de restaurar las capacidad de relacionarse positivamente con los demás, para ello, la habilidad de quien brinda el servicio es importante, la empatía y la escucha activa suelen ser buenas herramientas para ello.

7. Resiliencia en las familias actuales

Se entiende por resiliencia familiar al conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos, que activa una familia sometida al estrés para recuperar y/o mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrar recursos y necesidades familiares y aprovechar las oportunidades de su entorno (Gómez y Kotliarenco, 2010, citado en Kotliarenco, Muñoz y Gómez, 2012). Como bien señalan Vanistendael y Saavedra (2015), la resiliencia es una realidad que podemos observar. Quizá sea más difícil de reconocer en las personas cercanas o en nosotros mismos. La resiliencia tiene que ver con la capacidad que tienen los individuos y los grupos, como la familia, para superar las dificultades y crecer a partir de ellas; implica el uso de toda clase de recursos, físicos, sociales y psicológicos. Moviliza recursos internos y externos de la persona (Vanistendael y Saavedra, op. cit.). La resiliencia no es algo que se tiene o no, está siempre en construcción, se enriquece de experiencias y emociones positivas que permiten desarrollar recursos para el futuro; en este sentido la resiliencia también se desarrolla en la interacción con los otros y se debe considerar el contexto donde éstas se llevan a cabo. Como se mencionó anteriormente, Grotberg (2006) afirma que se trata de la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas.

Por su parte, Michael Delage (2010) señala algunos factores que intervienen en el proceso de la resiliencia familiar, y a los que considera importantes.

1. La creencia desarrollada en la familia de que se puede salir adelante de las experiencias difíciles o traumáticas.
2. La posibilidad de tener cierto control ante la situación. Lo cual abre la posibilidad de experimentar esperanza, fundamental para enfrentar la adversidad.
3. El que la familia pueda continuar cumpliendo con sus funciones básicas, como manutención o el cuidado de los miembros familiares.
4. Recuperar alguna seguridad, ésta surge de las interacciones cálidas al interior de la familia y con el ambiente exterior.
5. Experimentar preocupación por el bienestar de los demás miembros de la familia. Tiene que ver con el cuidado de cada uno de los miembros del sistema

familiar.

6. La dimensión espiritual que experimenta la familia.

7. La capacidad del grupo para construir una historia aceptable de lo sucedido que les permita volver a construir y experimentar sentido de vida.

Por su parte, Stepan Vanistendeal, diseñó un modelo sobre resiliencia comúnmente conocido como *Modelo de la Casita,* el cual presenta los elementos que posibilitan la resiliencia. El uso de esta metáfora, así como su fácil representación han facilitado que sea ampliamente difundida y utilizada. Al respecto el autor señala:

> Se trata de una pequeña casa compuesta de varios pisos y habitaciones. Cada parte se refiere a un campo de intervención posible para la construcción o el mantenimiento de la resiliencia. Los cimientos representan las necesidades materiales básicas, como la comida y los cuidados de salud. La planta baja está formada por los vínculos y las redes sociales. En la primera planta se encuentra la capacidad para buscarle sentido a la vida. En la segunda planta hay varias habitaciones: la autoestima, las aptitudes personales y sociales, y el sentido del humor. En la buhardilla hay una habitación abierta para las nuevas experiencias por descubrir (Vanistendael, 2011).

En situaciones de desastre, enfocarse en promover la resiliencia de las personas o de la comunidad no tiene que ver con excluir el dolor o la tristeza. No se trata de negar o bloquear las emociones de malestar. Más bien se trata de permitir también que las persones y las comunidades utilicen los recursos con los que cuenta. Un tema importante al trabajar en situaciones de desastres es hacer preguntas que tengan que ver con el significado que la persona asigna al tema que la preocupa y que la hace solicitar la atención psicológica. Seguir a la persona en lo que es importante para ella en ese momento, escuchar lo que necesita en ese momento y proporcionar únicamente la ayuda que en ese momento solita, así como orientarse hacia las fortalezas y resiliencias naturales de la persona (Miller, 2006) son claves para una atención que brinde beneficios a quien consulta, los cuales deben ser entendidos en función de sus propias necesidades y preocupaciones, dentro de las cuales podrá estar dar pasos para mejorar la ansiedad que se pueda estar experimentando.

Hacer uso de las emociones positivas abre también el camino a la resiliencia, para Fredrickson (2009) éstas son el corazón de la resiliencia. Sus investigaciones han encontrado que las emociones positivas tienen efectos beneficiosos y duraderos, en la medida que prepara para momentos futuros y difíciles. Para Fredrickson (2009), las emociones positivas, solucionan cuestiones relacionadas con el desarrollo y crecimiento personal; así como las de los vínculos sociales. La investigación de Fredrickson (2009) abarca diez emociones: alegría, gratitud, serenidad,

interés, esperanza, orgullo, diversión, inspiración, admiración y amor. En situaciones de desastre es prudente permitir la expresión de la esperanza y el optimismo. La esperanza es una emoción que surge ante las dificultades, promueve una mayor recuperación ante situaciones estresantes.

Investigaciones recientes (Seligman, 2008) muestran como que los sujetos que se consideran felices, asimilan y recuerdan mejor la información sobre riesgos a la salud, lo cual puede ser útil al diseñar intervenciones o campañas de prevención, dentro de las cuales podría incluirse la tarea de hacer más felices a las personas. Así mismo, los resultados de las investigaciones de Fredrickson (1998, 2004) hacen pensar que las emociones positivas pueden funcionar como una barrera contra los efectos de las emociones negativas; es decir, que experimentar emociones positivas deshace los efectos negativos que provocan las emociones negativas, aún a nivel corporal. Así que experimentar mayor número de emociones positivas en el día a día puede contribuir a desvanecer los efectos de emociones como la desesperanza y la tristeza; estudios recientes muestran que el orgullo y la alegría suelen estar asociados también con una mejor construcción de soluciones (Plasencia, 2016).

8. Entrevista, una oportunidad para promover la resiliencia

La entrevista psicológica suele ser entendida como un diálogo entre dos o más personas en la cual la relación que se establece entre ambos contribuye a los objetivos que se plantean; generalmente entre un psicólogo y una persona que necesita apoyo. Por ende, un objetivo primordial es que quien entrevista pueda escuchar las necesidades, quejas y expectativas de quien pide la consulta. Para quien se encuentra ante una crisis o necesidad logré abrirse y compartir sus aspectos más vulnerables, la relación que se establece con quien brinda la ayuda se vuelve relevante. Por ende, el entrevistador debe tener desarrolladas habilidades que permitan aflorar la compasión, la empatía, la humildad y el respeto por la experiencia de quien se encuentra vulnerable. Para que la conversación sea efectiva, se necesita también explorar la mentalidad de quien brinda la ayuda; es decir, que la persona considere que una conversación, puede ser útil y efectiva para promover en la persona en crisis la puesta en marcha de los recursos resilientes. Este cambio en la mentalidad de quien ayuda, ha mostrado ser útil en contextos de atención inmediata (Slive & Bobele, 2011; Plasencia & Eguiluz, 2011).

Algunas premisas básicas pueden ser útiles en este proceso:

1- Relacionarse con alguien es una oportunidad de activar los recursos resilientes. Si se considera que cada relación tienen en sí misma el potencial para experimentar emociones positivas, para validar la experiencia de cada uno, para hacer una diferencia.

2- La empatía y forma de relacionarse es un factor que influye en la efectividad de la intervención que se utilice.

3- Las personas cuentan con fuerzas y recursos. Esto nos recuerda que todas las personas tienen algo en su pasado y presente que merece ser evocado mediante la conversación que puede ser útil para la solución; trátese de habilidades, logros, sueños, experiencias, cualidades, amigos, familiares y recursos de la comunidad

En esta línea, es preferible evitar 1- *Emitir juicios descalificadores*. Cuando se emite un juicio definitivo, se dejan de plantear preguntas cómo, qué estará sintiendo la persona, qué necesita, cuál es su necesidad en este deseo y sobre todo, se deja de validar la experiencia que la persona experimenta. En lugar de ello, podría preguntarse si esta idea o juicio ayuda a la persona a solucionar la crisis, si se esta siendo empática con él/ella, o si solo es una idea que es congruente con el pensamiento del entrevistador. 2- *Burlarse y agredir*. Una actitud de risa o burla sobre la experiencia del otro puede genera molestia, enojo. Puede provocar el alejamiento de la persona al sentirse descalificada. Cualquier actitud agresiva debe evitarse en todo momento. Es mejor actuar *conservando la calma* quien esta en crisis necesita la contención y recibir tranquilidad. Otra herramienta útil es *actuar desde la flexibilidad*, ser abiertos a diversas formas de ver y estar en la vida, así es más sencillo reconocer que la forma de vida de quien está en crisis es tan válida y respetable como cualquier otra. Por último, *estar en el presente*, en el aquí y en ahora. Preguntar sobre las necesidades actuales de la persona, ir despacio, sin prisa.

Ejemplos de preguntas que pueden promover la resiliencia:

¿Cómo supiste que eras capaz de hacer …?

¿Cómo te explicas que hayas logrado esto?

¿Cómo esta sensación te ayuda en este proceso?

¿Qué consideras que hiciste para hacer esto?

¿Cuáles buenas intenciones tenias cuándo …?

¿Cómo supiste que éstas eran opciones viables y buenas para ti?

¿De dónde obtuviste la fuerza para …?

¿Cómo obtuviste el valor para …?

¿Cuándo aprendiste que esto es bueno para ti?

9. La supervisión para quienes prestan la ayuda

En situaciones de emergencia, estar disponible para quien necesita ayuda implica que quién brinda la atención se presente con una actitud de servicio. Un requisito indispensable es mantener la calma. Esto no significa que la persona que ayuda sea inmune a la situación o que ésta no tenga un cierto impacto sobre ella, estar en zonas de desastre, atender emergencias, y en general, convivir

con el dolor, el sufrimiento y desesperación del ser humano tiene necesariamente una repercusión emocional. Por ello, se vuelve necesario el entrenamiento de ciertas habilidades que resultan valiosas al momento de la atención.

De inicio, es importante desarrollar la habilidad de permanecer en calma, brindar apoyo y contención, sostener y acompañar a quien esta en crisis o necesita la ayuda. Acorde con la situación, se recomienda solo participar durante un tiempo breve, salir de la zona de desastre, descansar y recuperarse antes de poder regresar y nuevamente poder brinda ayuda de calidad.

Justo por todas estas características es que se vuelve trascendente que quien brinda la ayuda cuente con un espacio que lo contenga y acoja. El espacio de la supervisión debe ser ese espacio. Además de dotar de herramientas y asesoría que en ese momento se requiera para apoyar a quienes están en crisis, debe ser un espacio de desahogo y apoyo. De igual forma, se vuelve de suma importancia que se monitoree a quienes brindan cualquier ayuda, ya que la experiencia muestra que suelen ocuparse tanto del bienestar de los demás que pueden llegar a poner en riesgo su propia salud. Se necesita vigilar, tanto la alimentación como el descanso, de otra manera, la calidad de la ayuda brindada puede decaer y en el peor de los casos, el psicólogo que está prestando la ayuda puede llegar a convertirse en un problema y no en parte de la solución. Otra recomendación que generalmente se olvida, es que se debe conocer la cadena de mando y las principales lugares a donde se debe recurrir para resolver problemas que las personas afectadas puedan presentar.

Miller (2006) recomienda ser flexibles con la organización y con los compañeros de trabajo. Muchas veces es el psicólogo quien debe dar apoyo emocional también a los trabajadores o quienes están realizando labores de apoyo, ya que es fácil que se presente la frustración o la desesperanza en el grupo de ayuda.

Al igual sucede con el psicólogo que brinda la ayuda, contar con un espacio para compartir las experiencias, dudas y solicitar apoyo de otros colegas promueve la colaboración, la gestión de las emociones, obtener mayores herramientas para el trabajo, y finalmente favorece dar una atención adecuada a quien la necesita. Por último, es necesario que al brindar el apoyo psicológico, se destaque la relación con el servicio de apoyo y no tanto con un psicólogo en particular, dado que quienes brindan el servicio solo estarán un corto tiempo; sin embargo, el servicio estará disponible todo el tiempo que sea necesario. De esta forma quien necesita apoyo, podrá acercarse al servicio independientemente de quien lo brida, con la certeza de que recibe apoyo de calidad y útil ante la situación que esta viviendo.

10. Estrategias y tareas para promover la resiliencia

Hay una serie de ideas, a las que O´Hanlon (2003) llama estrategias, que ayudan a las personas que están viviendo una crisis a salir de ella e incluso a obtener algunos beneficios:

1-Evitar la comparación social. Los estudiosos del campo de la Psicología Positiva señalan que las comparaciones mantienen o empeoran la tristeza, además de incrementar los sentimientos negativos, llega a reducir la capacidad para resolver problemas, e interfiere con la concentración y la iniciativa.

2-Aprender a manejar el estrés*.* Es recomendable ayudar a la persona para que aprenda cómo manejar el estrés, ciertos niveles de estrés ayudan a funcionar eficazmente, pero cada persona responde de forma idiosincrática al estrés, de manera que lo que para una persona es adecuado para otra puede, con la misma cantidad de estresores quedar bloqueada y/o paralizada (Santandreu, 2014). De manera que podemos centrarnos en el problema cuando se puede resolver. También, podemos concentrarnos en la emoción cuando consideremos que el acontecimiento negativo hay que soportarlo y vivirlo.

3-La realización de una revisión de la vida centrada en sucesos positivos **(ReViSEP).** Latorre y cols. (2008) han desarrollado esta estrategia con adultos mayores que se puede aplicar en otros momentos de la vida. En la psicología clínica se sabe que a través de las preguntas, se guía a la persona en la construcción de su autobiografía a lo largo del ciclo vital, o de una época en particular. Esta estrategia facilita el acceso a emociones positivas y recuerdos agradables, se mejora el estado de ánimo y se permite la creación de recursos positivos (Fredrickson, 1998). Algunos ejemplos serían, ¿cuándo niño, tenías algún juguete o juego favorito?, ¿recuerdas si alguien te abrazaba o besaba porque te quería mucho? cuéntame un día que te sentiste especial por algo; nárrame un día en la escuela que fuese de gran alegría y diversión para ti.

4-Imaginar un futuro diferente. Es pedirle a la persona que imagine diversos escenarios posibles, o bien su futuro ideal, que logre describirla de manera detallada, quizá con colores, olores y sensaciones. Esto ayuda a concentrarse en una posible solución. Eguiluz (2012) recomienda pedirle a la persona que por espacio de quince minutos, todos los días, piense en la posibilidad de que el problema que ahora le aqueja hay desaparecido. Respondiéndose a las siguientes preguntas, tratando de ser muy claro y específico: ¿qué estaría haciendo? ¿dónde estaría? ¿cómo me sentiría? ¿quién o quiénes se darían cuenta y cómo notarían los demás que el problema había desaparecido?

5-Practicar la amabilidad. Lyubomirsky (2008) propone practicar la amabilidad como una estrategia que incrementa la felicidad. Es importante decidir qué hacer, con qué frecuencia y con qué intensidad. Sus investigaciones muestran que elegir un día de la semana y ese día, y ningún otro, realizar un gran acto amable nuevo y especial, o hacer entre tres y cinco pequeños. Como bien señala la autora, es muy posible que ya realices actos de amabilidad, por ello es necesario que hagas algo diferente y nuevo, para que salga de la rutina. Otro dato importante que surge de sus investigaciones, es que si varías tus actos de amabilidad permiten que sigan brindándote los beneficios que se derivan como felicidad, autoestima y agradecimiento.

***6-Diario de gratitud*.** Seligman (2006) padre de la psicología positiva, retoma el trabajo de Emmons sobre la gratitud y sugiere llevar un diario personal durante dos semanas, en la que se anoten los sucesos de ese día por los cuales se sienta agradecido, esto debe hacerse por la noche. Se dará cuenta de que su nivel de felicidad o bienestar mejora, el autor sugiere que se realicé el ejercicio dos o tres días de la semana, para formar parte de su rutina semanal.

7-Pelota positiva. Eguiluz y Plasencia (2015) han propuesto que jugar puede ser una actividad viable a desarrollar cuando ha habido una situación de desastre, ésta permite conectarse con la alegría, desarrollar habilidades sociales, fomentar la convivencia y puede ser una estrategia para promover la comunicación y la resiliencia de las personas y de la comunidad. Con base al ejercicio de *Family Partnership Organization* (2008) se recomienda usar una pelota lo más grande posible, para poder escribir en ella usando un plumón. Se escriben varias preguntas, aquellas que considere favorecen la resiliencia. Se recomienda un mínimo de diez. Haga un círculo con todos los interesados en participar. Puede ser algo tan simple como pasar la pelota a cada persona del círculo, él o ella contestará la primera pregunta y después pasará la pelota a otra persona. Otra variante puede ser pasar la pelota y al que se le caiga deberá contestar una de las preguntas. Algunos ejemplos de preguntas:

- ¿Qué te gusta más de tu familia?
- ¿Qué es lo que más anhelas o sueñas?
- ¿A quién admiras y por qué?
- ¿Qué es algo bueno que alguien ha hecho por ti?
- ¿Cuál es tu libro favorito?
- ¿Qué sueles hacer para divertirte y reír?
- ¿A quién le estas muy agradecido y porqué?
- ¿Qué es lo que te gusta más de comer?
- ¿Qué características tienen las personas con las que disfrutas estar?
- ¿Qué lugar te gustaría conocer?

- ***8-Llevar un diario de positividad.*** Eguiluz, Plasencia y Santillán (2017) han recomendado el uso de esta estrategia para el trabajo con jóvenes que han presentado ideación suicida. Durante tres días de la semana, de preferencia no seguidos, la persona va a escribir por espacio de diez minutos (solo diez minutos), las cosas interesantes en las que participó durante esos días. Algo que aprendió, algo nuevo que conoció, una amistad que hizo, o una antigua conocida a la que contacto, alguna actividad que realizó donde se sintió exitoso, describir si tuvo alguna emoción positiva que le gustaría recrear. Está comprobado que al cabo de dos o tres semanas de realizar el ejercicio, el estado de ánimo puede mejorar en un porcentaje elevado (Lyubomirsky, 2008).

Referencias

Abramson, L.; Seligman, M. y Teasdale, D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology,* 87, 49-74.

Aristóteles (1985). *Ética nicomáquea, Ética eudemia.* Madrid, España: Gredos.

Cyrulnik, B. (2003). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Barcelona: Gedisa.

Cyrulnik, B. (2005). *El amor que nos cura.* Barcelona: Gedisa.

Darquea, E.; Jaramillo, A. Luna, M. y Malacatos, A. (2011). *Intervención en crisis.* Recuperado de: http://www.slideshare.net/majitoluna12/intervencion-en-crisis-10043476.

Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar*. Madrid: Gedisa

Eguiluz, L.L. y Ortiz, A.A. (2015). "El concepto de muerte en los niños". p. 82-107 en: Ortiz, V. G. y Stange E. (comp.) *Psicología de la salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida,* México: BUAP.

Eguiluz, L.L. (2012). Estrategias de intervención en jóvenes con ideación e intento suicida. *UARICHA Revista de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 8*(16), 65-90.

Eguiluz, L.L., y Plasencia, M.L. (2015). Las familias que florecen. *Revista Argentina Sistemas familiares y otros sistemas humanos, ASIBA, 31*(2), 92-121.

Eguiluz, L.L., Plasencia, M.L., y Santillán, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Revista ALFEPSI Integración Académica en Psicología, 5*(13), 95-106.

Family Partnership Organization (2008). *Compartiendo fortalezas familiares*. Minnesota: Family and Children's Service.

Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology, 2*(3), 300-319.

Fredrickson, B. (2004). El poder de los buenos sentimientos. *Mente y Cerebro, 08*, 74-78.

Fredrickson, B. (2009). *Vida positiva*. Colombia: Norma.

González, E. (2010). *Crecimiento a partir de las crisis.* México: Grijalbo

Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades.* Barcelona: Gedisa.

IASP (2005). *Ethical Standards in Pain Management and Research.*

Kotliarenco, M.; Muñoz, M. y Gómez, E. (2012). Procesos de resiliencia familiar ante la adversidad social: relación, organización y juego. En J. Palomar y C. Gaxiola (Coord.) *Estudios de resiliencia en América Latina*. V.1. México: Pearson.

Latorre, J., Serrano, J., Ros, L., Aguilar, M. y Navarro, B. (2008). Memoria autobiográfica, revisión de vida y emociones positivas en la vejez. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada*. España: Desclée de Brouwer.

Linton y Shaw (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther*. 2011 May; 91(5):700-11. doi: 10.2522/ptj.20100330.

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. España: Urano.

Miller, J.K. (2006) First on the scene after disaster strikes: What to expect as a mental health worker. *Family Therapy Magazine, 5*(2), 6-11.

Minuchin, S.; Nichols, M. y Wai-Yung (2012). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México: Paidós Colec. Terapia Familiar.

O´Hanlon, W. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida.* México: Paidós

Peterson, C. (2013). *Pursuing the Good Life*. Oxford University Press: USA.

Peterson, C y Park, N. (2006). Character strengths in organizations. *Journal of Organizational Behavior, 27*, 1149-1154. www.interscience.wiley.com

Plasencia, M.L:, y Eguiluz, L.L. (2011). Atención psicológica para casos de emergencia: experiencias y herramientas. *Asociación Mexicana de Suicidología*: México.

Plasencia, M.L.; Eguiluz, L.L. y Osorio, M. (2012). Funcionamiento de familias positivas: una aproximación. *Psicoterapia y familia,* 26(1), 38-51.

Plasencia, ML. (2016). Construcción de Soluciones: Diferencias y similitudes entre hombres y mujeres. *Enseñanza e investigación en psicología, 21*(2), 169-176.

Ramírez, S. (1974). *Infancia es destino*. México: Siglo XXI editores.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? *Journal of Personality and Social Psychology, 5*(6),1069-1081.

Saavedra, E.; Salas, G.; Cornejo, C. y Morales, P. (2015). *Resiliencia y Calidad de vida. La psicología educacional en diálogo con otras disciplinas*. Chile: Universidad Católica de Maule

Santandreu, R. (2014). *Las gafas de la felicidad. Descubre tu fortaleza emocional.* Colombia: Grijalbo.

Seligman, M. (2006). *La auténtica felicidad.* Barcelona, España: Ediciones B.

Seligman, M. (2008). *Positive health. Applied Psychology: An international Review, 57*, 3-18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.003351.x

Sanjuán, P. y Magallanes, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica,* 11(2),91-98.

Schwalb, V. (2013). *Todos somos resilientes. Niños y adultos pueden superar hasta el dolor más profundo.* Argentina: Paidós.

Slive, A. & Bobele, M. (2011). *When one hour is all you have*. USA: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.

Vanistendael, S. (2011). La resiliencia no se construye a cualquier precio, siempre tiene una dimensión ética. Entrevista. *Revista Digital Universitat de Barcelona*. http://www.ub.edu/web/ub/es/menu_eines/noticies/2011/Entrevistes/stefan_vanistendael.html

Vanistendael, S. y Saavedra, E. (2015). Conversando en torno al concepto de Resiliencia, los derechos de los niños y su relación. En E. Saavedra, G. Salas, C. Cornejo, y P. Morales. (Ed.) *Resiliencia y calidad de vida. La psicología educacional en diálogo con otras disciplinas.* Chile: Universidad Católica del Maule.

Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia.* Barcelona, España: Gedisa

Wikipedia Enciclopedia Libre (2018). *Terremoto de 1957 y Terremoto de 1985*

Cuidado del cuidador: un modelo de terapia grupal para prevenir fatiga por compasión

Miguel Marín Tejeda
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Ella le contaba aquellas historias suyas…
aquellas siempre tristes y desconsoladas historias;
pero éstas iban a aposentarse en el corazón de él
a manera de una dulce carga
y lo hacían latir más lenta y voluptuosamente.
Thomas Mann: El armario ropero

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia para estrés postraumático tiene una larga tradición en la historia de la psicología. Ya en la etapa posterior a la Primera Guerra Mundial se hablaba de neurosis de guerra para describir los efectos negativos en cuanto a salud mental, observados en los veteranos y sobrevivientes del conflicto bélico[1]. Desde entonces, los esfuerzos por parte de múltiples teóricos, clínicos e investigadores se han canalizado hacia la consolidación de las mejores prácticas, para las cuales se cuenta actualmente con evidencia empírica de eficiencia. Entre estos logros tenemos la formalización de los criterios diagnósticos del estrés postraumático, los cuales aparecieron por primera vez en 1980 con la tercera edición del DSM[2] y hasta la fecha, la formulación original se ha mantenido prácticamente idéntica, aunada a la confirmación del constructo como una entidad teórica de gran relevancia y utilidad clínica[3].

En contraste, existe una desfase en cuanto a conocimientos relacionados con el desgaste emocional observado en profesionales que prestan servicios de atención a personas víctimas de trauma, es decir, se conoce menos acerca del trauma por exposición vicaria. Maslach[4] fue de las primeras autoras en proponer el concepto de burnout para referirse al síndrome de desgaste laboral, el cual sería resultado principalmente de la sobrecarga de trabajo que enfrentan los profesionales cuya actividad involucra el contacto continuo con personas[5]. Las formulaciones más recientes, tales como el constructo Fatiga por Compasión[6], son específicas para un perfil de cuidador, sin embargo, es evidente que disponemos de pocas tecnologías terapéuticas con sustento empírico, hecho que evidencia la necesidad de contar con intervenciones eficaces para atender el desgaste del personal de salud en general y especializado en salud mental en particular[7]. En este capítulo se describe un modelo estructurado de terapia grupal para prevenir y revertir síntomas de desgaste en cuidadores, implementado y evaluado con población mexicana; los resultados de investigación preliminares son alentadores, por lo tanto, esta formulación representa una herramienta que puede utilizarse con confianza en distintos contextos laborales y con un perfil amplio de trabajadores.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

Con el término cuidador se hace referencia a un perfil amplio de personas, cuya actividad profesional principal consiste en la asistencia de aquellos que padecen circunstancias agudas y/o crónicas de vulnerabilidad, por lo tanto, se incluye a trabajadores de la salud (enfermeras, médicos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, psicoterapeutas, etc.), trabajadores sociales, profesores, abogados, policías, bomberos, personal de casas hogar/orfanatorios/casas de retiro, comunicadores, entre otros. Este grupo de personas puede responder a circunstancias de crisis individuales, comunitarias, nacionales y aún internacionales, a partir de las cuales se les demanda la disposición de sus recursos personales y profesionales antes, durante y después de los episodios críticos[6]. Dentro del perfil se incluye a paraprofesionales, quienes pueden no contar con educación universitaria ni gozar de remuneración económica por su actividad asistencial; por ejemplo, voluntarios, cocineros, personal de confianza, etc.

Este perfil de actividad suele llevar aparejada una carga significativa de estrés, debido a que comúnmente el cuidador debe enfrentar exigencias que sobrepasan a la cantidad de recursos de que dispone (de orden técnico, económico, de tiempo, capacitación, etc.), aunado al hecho de que las crisis a las que responde involucran conflictos de orden moral, ético, humanitario e incluso filosófico, las cuales incluyen exposición al sufrimiento y trauma de las personas que reciben su asistencia, además de que en última instancia, el profesional mismo puede exponer su propia integridad física/emocional en actividades que representan riesgos reales, por lo tanto, su estado de salud y bienestar general puede verse seriamente comprometido como resultado directo del trabajo que realiza. Calidad de vida Profesional (CVP) es un constructo con el que se describe la cualidad de las emociones que guarda la persona con relación a su actividad como cuidador[6], la CVP se conceptúa como un continuo con dos extremos, uno positivo y otro negativo, por lo que se asume que un cuidador fluctúa hacia uno u otro punto en función de las actividades protectoras y reparadoras que emprende.

Satisfacción en la Compasión (SC) es el extremo positivo de la CVP e incluye el cúmulo de emociones constructivas derivadas directamente del trabajo asistencial, por lo tanto, comprende experiencias tales como el sentido de orgullo, pertenencia, capacidad, trascendencia, goce y otras relacionadas con la actividad de ayuda y contribución al bienestar de los semejantes y de la sociedad. SC incluye la habilidad para hacer frente a circunstancias laborales demandantes, hecho que puede explicarse en términos de resiliencia, es decir, de atributos que incluyen optimismo, voluntad, determinación, flexibilidad para adaptarse a los cambios, entre otros[8]. En el marco del modelo formulado por Stamm[6], este concepto representa una dimensión que en términos teóricos protege al cuidador de los efectos negativos del extremo opuesto, denominado Fatiga por Compasión (FC), el cual, más que un constructo unitario, comprende tres elementos relacionados con desgaste: burnout, Estrés Traumático Secundario o Trauma Vicario (TV), así como Estrés Postraumático (EPT)[9].

El burnout es un síndrome de desgaste laboral asociado con la experimentación de condiciones crónicas de estrés, las cuales sobrepasan a la capacidad de enfrentamiento adecuado. Teórica y experimentalmente se asume que el componente clave es el agotamiento emocional[10], del cual devienen los otros dos grupos sintomáticos: cinismo e ineficacia. El tipo e intensidad del padecimiento resultante será función de las características individuales y del contexto laboral, además de que se verá influenciado por el estilo de vida del trabajador[11] y por la calidad de sus relaciones interpersonales; de esta manera, el cuadro sintomático puede incluir cansancio crónico, irritabilidad, ansiedad, hipertensión, insomnio, experiencia de sentirse rebasado, desesperanza, etc., de donde surge una respuesta defensiva que toma forma de actitudes negativas e indolentes hacia los beneficiarios del servicio y los compañeros de trabajo, de esta manera, como último efecto, el trabajador comienza por valorar negativamente su desempeño y a dudar seriamente de su vocación y capacidad[12].

EPT es un síndrome que resulta de la exposición a un episodio traumatogénico, es decir, una circunstancia o serie de experiencias intensamente dañinas, las cuales representan una amenaza seria para la vida e integridad del cuidador, quien responde a esta vivencia con angustia y horror intensos[13]. En este modelo, se denomina EPT cuando la exposición al episodio es directa, por ejemplo, cuando el trabajador es víctima de un agresor y/o desastre natural; mientras que con el término TV, se hace referencia a exposición indirecta, es decir, cuando se asiste a víctimas de trauma, quienes han experimentado directamente los episodios. A partir de dicha exposición, devienen cuatro grupos de síntomas: 1) reiteración mental incontrolada e indeseable de la experiencia traumática, por ejemplo, a través de pesadillas y flashbacks en los cuales se re-escenifica el episodio de forma vívida; 2) evitación mental y conductual de aspectos relacionados con el trauma, por ejemplo, un terapeuta puede ausentarse continuamente para no escuchar más historias de sus pacientes; 3) cambios negativos en la forma de sentir y de pensar, que puede tomar forma de pesimismo y dificultades para experimentar emociones positivas; 4) incremento del estado de alerta, manifiesto en forma de irritabilidad, insomnio, ansiedad, respuestas de sobresalto, etc. Se considera que un cuidador presenta mayor vulnerabilidad cuando no ha elaborado terapéuticamente sus experiencias traumáticas actuales y/o de su pasado.

FC se concibe como un síndrome de desgaste que padecen específicamente los profesionales que laboran como cuidadores[14], a diferencia del burnout cuya descripción sintomática es apropiada incluso para actividades que no involucran contacto con personas[11]. A partir de los trabajos de Pearlman[15], Figley[16] y Stamm[17], es que se ha logrado mayor consciencia de la importancia de comprender y prevenir los efectos negativos del trabajo asistencial, hecho que explica el reciente incremento del interés por parte de los investigadores respecto a las mejores prácticas de evaluación y atención de los profesionales que padecen el síndrome o que están en riesgo de padecerlo. En la Figura 1 se presenta el modelo teórico de forma esquemática.

FIGURA 1: Modelo teórico de la Calidad de Vida Profesional

En la Figura 1 se representa gráficamente a la Calidad de Vida profesional como un continuo con dos extremos opuestos: Satisfacción en la Compasión y Fatiga por Compasión, ésta última se concibe como una entidad compuesta por síntomas de Burnout, Estrés Postraumático y Trauma Vicario, por lo tanto, no se trata de un constructo unitario.

UN MODELO DE TERAPIA GRUPAL PARA POBLACIÓN MEXICANA

El modelo terapéutico es producto de un proyecto de investigación aplicada, financiado por Quiera, Fundación de la Asociación de Bancos de México, A.C. y el Fideicomiso Santander, Todos con Los Niños de México, A.C., surgido a partir de la intención de cuidar y mantener protegido al personal de las llamadas Instituciones Amigas de Quiera, organizaciones de la Sociedad Civil que dedican sus esfuerzos a la atención directa de población que padece condiciones de vulnerabilidad, generalmente niños y adolescentes víctimas de violencia, maltrato, y negligencia. Estos menores comúnmente residen de forma permanente en las instalaciones de estas instituciones, en donde se les brindan los servicios básicos de alimentación y cobijo e incluyen además atención médica, psicológica, pedagógica, legal, etc. En términos generales, a partir de este proyecto se creó un modelo de intervención grupal con enfoque preventivo, guiado por un conjunto de premisas denominado principios de autocuidado, base de inspiración y guía de dos ejes de trabajo: uno psicoeducativo a través del cual se construyen y practican herramientas de autocuidado, y uno

terapéutico, adaptado a las necesidades particulares del perfil de cuidadores mexicanos; las características del modelo se describen a continuación.

Objetivos y procedimiento

El modelo se hace operar a partir de dos ejes de acción principales: un componente psicoterapéutico con fundamentos de terapia grupal interpersonal[18] y componentes cognitivo-conductuales, el cual se encuentra completamente a cargo de un terapeuta entrenado; asimismo, se integra un componente psicoeducativo autodirigido, es decir, se guía a los participantes de los grupos hacia su ejecución y consiste en la lectura independiente de un libro de trabajo[12,19]. La implementación correcta de ambos componentes resulta fundamental para la consecución de los objetivos planteados, entre los cuales tenemos: la creación de una comunidad significativa bajo un contexto de seguridad y aceptación absolutos, que en términos del modelo se denomina incremento de la cohesión, mientras que a los grupos terapéuticos se les denomina grupos de contención. De acuerdo con la propuesta técnica, el trabajo de discusión acerca del desgaste y autocuidado dentro un grupo de contención cohesionado, favorece la comprensión de los problemas que generan desgaste, potencia la exploración de soluciones y favorece el procesamiento de experiencias emocionales, asimismo, facilita la adquisición de habilidades.

Principios de autocuidado

Estos principios están inspirados en la Guía de Autocuidado para el Profesional, de la Academia de Traumatología de la Cruz Verde Internacional[20]; constituyen la base ideológica que guía las intervenciones, dirigidas a establecer un estado de mayor protección, es decir, favorecer la SC. Constituyen premisas, argumentos teóricos que permiten articular una intervención estructurada y guiar el cambio en el sentido deseado. También se conciben como abstracciones, producto del compendio de revisión teórica, del trabajo clínico que permitió la construcción del modelo, así como de la propia experiencia del autor como terapeuta de trauma, víctima a su vez de los efectos de su trabajo asistiendo a población en condiciones de vulnerabilidad durante más de 15 años. Cada uno de estos principios posee un fundamento basado en investigación empírica y apunta a crear una ideología, tanto en el terapeuta encargado de guiar los grupos de contención, como en los asistentes mismos, los cuidadores a quienes en última instancia está dirigido este trabajo. Los principios se dividen en 2 rubros: premisas acerca de FC y las relacionadas con Autocuidado, ambos se describen a continuación.

Rubro 1: Principios acerca de la Fatiga por compasión

- *Todo cuidador se encuentra en riesgo de padecer fatiga por compasión*, especialmente *cuando el beneficiario de sus servicios se encuentra en condiciones de vulnerabilidad.*

Es imposible sumergirse en el agua sin mojarse, de la misma manera, no se puede trabajar cercana y empáticamente hacia el alivio del sufrimiento de las personas y salir inmune del proceso,

es decir, sin efecto alguno en nuestra persona como cuidadores[21]. Por ejemplo, gracias a sus habilidades y recursos, un profesional puede percibirse totalmente libre de síntomas de FC y, de hecho, es posible que a menudo sea así; sin embargo, con este principio se asume que su actividad de cuidador lo coloca permanentemente en riesgo de una posible afectación y/o crisis futura. Este argumento evidencia un hecho de sentido común en la práctica del cuidado a terceros, bien conocido por quienes tienen una larga trayectoria en actividades asistenciales, especialmente aquellos con experiencia en el tratamiento de personas que han padecido vivencias traumáticas. Ahora bien, es importante señalar que cada cuidador profesional cuenta con diferentes recursos y habilidades, de tal manera que varía ampliamente la tendencia hacia el desgaste, así como el grado de consciencia de riesgo.

- *La fatiga por compasión es resultado de la interacción entre factores personales y ambientales.*

Existe la tendencia general, sobre todo entre los cuidadores menos experimentados, en atribuirse la culpa de los propios síntomas de desgaste. Maslach[19] explica que esta inclinación se debe a que los efectos negativos son progresivos, de tal manera que el malestar se normaliza y no se asocia con condiciones ambientales específicas, además de que esta concepción suele ser reforzada explícitamente por la directiva institucional. Por lo tanto, con este principio se intenta dejar en claro que la FC es siempre el resultado de la interacción dinámica de un conjunto de variables, que incluyen a las de naturaleza personal, pero también las relacionadas con el contexto de trabajo. Entre las características personales que suelen generar mayor riesgo tenemos el ser joven, la menor experiencia y capacitación, ser soltero, así como algunas variables de personalidad, tales como el neuroticismo y la tendencia al aislamiento[20]; si bien, aun cuando se posean varias de estas características, es obvio que no explican el total de las reacciones de desgaste, de tal manera que con este principio, también se enfatiza la importancia de desarrollar una capacidad analítica, con la finalidad de detectar y modificar las fuentes principales de estrés.

- *Todo profesional experimenta variaciones personales en cuanto al grado en que padece desgaste, si bien, una fluctuación suele mantenerse estable por periodos discretos de tiempo.*

De acuerdo con el constructo teórico de la CVP, la FC y la SC representan extremos de un continuo, a partir del cual de describe el estado de desgaste/protección de una persona en un momento dado. Asimismo, se asume que ocurre una complementariedad entre las características personales y las del contexto de trabajo, de tal manera que el grado de desgaste en una persona se mantiene relativamente estable, con fluctuaciones hacia uno u otro extremo en función de los cambios en las condiciones de vida. Por ejemplo, un cuidador hipotético que enfrenta sobrecarga de trabajo y fracturas en la comunicación entre compañeros, podría experimentar estrés constante, no obstante, algunos atributos de su personalidad, tales como el ser alegre, sociable y flexible podrían ayudarle a sobreponerse a estas adversidades; esta persona hipotética podría manifestar síntomas menores por un periodo prolongado de tiempo, por lo que una agudización franca del

malestar podría devenir a partir de una crisis familiar inesperada, o bien a partir del egreso de un compañero de trabajo cercano. De la misma manera, un estado sintomático actual puede resolverse a partir de cambios positivos en el contexto y/o, a partir de una intervención externa.

- *Los cambios negativos producto del desgaste suelen ser lentos, insidiosos, acumulativos y normalmente escapan a la consciencia*

Este principio evidencia dos de las características más peligrosas de este síndrome: 1) la FC es un proceso complejo que involucra el deterioro de las propias capacidades de cuidador, de donde devienen experiencias subjetivas de pérdida de seguridad, confianza, habilidad, autoestima, conexión con otros, independencia, control, motivación, etc. 2) a pesar de que la afectación suele ser evidente para un observador externo, existe una inclinación general por parte de los cuidadores para adaptarse a los cambios y a normalizarlos, hecho que se favorece debido a que el impacto normalmente ocurre en menor escala, de forma progresiva y acumulativa, esencialmente en el mundo subjetivo del trabajador afectado. Incluso, cuando ocurren cotidianamente situaciones laborales críticas (por ejemplo, faltas de respeto), aunadas a afectaciones personales evidentes (por ejemplo, insomnio), puede existir la inclinación a pasar por alto dichos cambios o a minimizarlos, todo lo cual tiende a recrudecer el cuadro sintomático, además de dificultar la recuperación.

- *Los factores de riesgo atribuibles al contexto de trabajo suelen ser las causas primarias del desgaste.*

Dentro de una organización, la directiva tiene responsabilidad acerca del bienestar individual y colectivo, hecho que se fundamenta en su facultad para establecer directrices y políticas generales de trabajo y promoción de la salud. Con este principio, no se pasa por alto el hecho de que cada persona enfrenta las situaciones conflictivas de manera única y con base en su idiosincrasia personal, experiencia y habilidades, hecho que puede favorecer o no un estado de mayor desgaste; más bien, se intenta dejar por sentado que la causa primaria de la FC se encuentra en las condiciones laborales, las cuales rebasan a las posibilidades de enfrentamiento adecuado. Leiter y Maslach[21] especifican las seis condiciones del contexto de trabajo que favorecen desgaste: padecer sobrecarga de trabajo, trato inequitativo por parte de la dirección, liderazgo ineficiente (falta de control), relaciones problemáticas con los compañeros, poco reconocimiento y estrés por conflictos de valores (estrés moral). De hecho, de acuerdo con la experiencia profesional del autor a cargo de conducir grupos de contención para prevenir FC, los participantes suelen atribuir sus síntomas a circunstancias del espacio de trabajo, más que a efectos de TV.

Rubro 2: Principios acerca del autocuidado

- *La FC es un proceso que se puede prevenir*

Un pre-requisito indispensable para operar un cambio consiste en vislumbrar la posibilidad de mejora del estado actual, de esta manera se apunta a contrarrestar el pesimismo y desánimo que suelen acompañar a la FC, manifiestos en forma de síntomas cognitivos, emocionales e incluso

físicos. Este principio fundamenta la intervención, de tal manera que el terapeuta a cargo de dirigir un grupo de contención se encuentra completamente convencido acerca de esta premisa y la explica reiteradamente en términos educativos; también hace hincapié en la importancia de la adquisición de habilidades como medio esencial hacia un cambio duradero, enfocado a generar condiciones de mayor protección.

- *Mantenerse protegido es una responsabilidad personal*

En primera instancia, esta premisa puede parecer contradictoria con relación al principio anterior, a partir del cual se enfatiza la responsabilidad de la gerencia, con índice en las condiciones laborales como generadoras primarias de desgaste, sin embargo, esto no es así. Con este principio se formula una invitación a los cuidadores para tomar medidas como agentes activos, promotores de su propio bienestar y cuidado, de esta manera se intenta contrarrestar la tendencia hacia la pasividad, centrada exclusivamente en una dinámica de lamentaciones, pero sin tomar acción alguna. En los grupos de contención se conduce un proceso de reflexión compartida entre participantes, acerca de los factores que han contribuido al desgaste, pero más importante aún, se estimula la identificación de lo que pueden y deben hacer para mejorar su estado actual, además de que el grupo mismo promueve la materialización de cambios conductuales concretos. En resumen, con este principio, se enfatiza la facultad del cuidador como agente de cambio para favorecer un estado de mayor protección, es decir como participante activo que puede operar positivamente en su contexto inmediato y sobre sí mismo.

- *El profesional se mantiene más protegido cuando separa su vida personal de la laboral y establece un balance entre ambas*

Como parte del perfil del cuidador profesional, encontramos la tendencia general a confundir los límites entre las áreas personal y laboral, en particular, entre quienes presentan mayor dedicación, responsabilidad, vocación y compromiso, cualidades que, desde esta perspectiva, se asume que a menudo pueden ser mal comprendidas. Estos límites difusos toman formas diversas, tales como dedicar 10 o más horas diarias al trabajo, llevarse trabajo a casa, asumir tareas que no forman parte de las propias responsabilidades, traspasar los límites de la relación profesional con los usuarios, vivir en el mismo espacio de trabajo, etc. Cuando la actividad profesional invade al área personal, disminuyen los recursos de tiempo y energía disponibles para la recuperación, todo lo cual coloca al cuidador en posición de mayor vulnerabilidad frente a fuentes de estrés. En resumen, con este principio se propone que: 1) la actividad profesional de cuidador es solo un trabajo, un medio para ganarse la vida, pero no es la vida completa; 2) que la principal responsabilidad del profesional es consigo mismo, así como con las personas que forman parte de su círculo personal cercano; 3) al cultivar una vida personal satisfactoria, se está cumpliendo con las responsabilidades, incluso como trabajador, puesto que un cuidador descansado, relajado y pleno, realiza su labor de manera más adecuada.

- *Cuidar mejor de uno mismo requiere esencialmente de un cambio mental y actitudinal.*

Un cuidador puede asumir que el cambio necesario hacia el incremento de su bienestar resulta oneroso, de tal manera que éste se contempla como una posible pérdida, e incluso como una amenaza que estimula la resistencia e incluso una franca oposición; asimismo, puede prever que la promoción de su autocuidado implica la disminución de su compromiso como trabajador, consumo de tiempo e incluso gastos económicos en diversas actividades recreativas. Sin embargo, con esta premisa se asume que la esencia del autocuidado reside en el cambio de mentalidad, permeado por la comprensión de que la incorporación de actividades protectoras no exige un consumo excesivo de tiempo ni requiere necesariamente de inversión económica, pero más importante aún: el ajuste al ritmo de vida actual puede resultar relativamente sencillo. Por estas razones, el terapeuta del grupo de contención explica reiteradamente que el cambio deseado inicia con una actitud positiva y con la visualización de una mejora del estado actual.

Adicionalmente, con base en la experiencia clínica del autor como terapeuta de grupos de contención, así como con la revisión de las acciones protectoras más recomendadas en la literatura científica sobre el tema, se asume que el profesional se mantiene más protegido a partir de cultivar las siguientes tareas o actividades:

- Familiarizarse con los síntomas de desgaste en general y con los síntomas personales en particular
- Mantenerse vinculado con personas significativas, es decir, al evitar el aislamiento
- Iniciar y mantener un proceso de autoobservación con la finalidad de reconocer fluctuaciones sintomáticas críticas que requieren de acciones preventivas
- Buscar activamente retroalimentación positiva del propio desempeño, tanto por parte de usuarios como de supervisores
- Mantener una mentalidad positiva, es decir, empoderarse frente a las dificultades
- Compartir y elaborar las experiencias traumáticas/estresantes
- Investir positivamente a la actividad laboral al actualizar su significado trascendente
- Establecer un compromiso de autocuidado por escrito, hacerlo público y trabajar hacia su implementación

Eje psicoterapéutico

Se denomina manual técnico al libro que sirve de base para el entrenamiento de los clínicos que desean aprender y replicar el modelo[23]; se trata de un texto especializado en el que se describen los fundamentos teóricos y los principios técnicos para implementar un proceso de psicoterapia grupal breve, consta de lineamientos que guían al terapeuta para el desarrollo de cada una de las sesiones que se ofrecen a un grupo de cuidadores, llamado grupo de contención. En términos generales, con esta intervención se busca disminuir los síntomas de desgaste y favorecer que los

participantes adquieran habilidades de autocuidado, a partir de lo cual, sea factible mantener los cambios positivos, aun cuando el proceso haya concluido.

Un grupo de contención se conforma con al menos 6 miembros y un máximo de 10, puesto que se considera que una cantidad diferente de personas dificulta seriamente el desarrollo de los factores curativos; por lo tanto, los egresos en etapas tempranas del proceso pueden y deben sustituirse con nuevos participantes. El proceso se estructura para un grupo cerrado, si bien, cuando no existe limitación temporal, puede establecerse un proceso para un grupo abierto, con inclusión de nuevos participantes para sustituir a quienes dejan el grupo. El trabajo terapéutico se ofrece al personal de una institución, pero puede conformarse por cuidadores que pertenecen a distintas organizaciones. Es un proceso planificado para 20 sesiones, de tres horas de duración cada una, las cuales se celebran ya sea semanal o quincenalmente; se incluyen dos sesiones adicionales de seguimiento a los tres y seis meses después de concluido el último encuentro. Cabe mencionar que la intervención puede extenderse en el tiempo y a través de un nuevo acuerdo entre los participantes y la directiva de la organización correspondiente.

El terapeuta de un grupo de contención tiene a su cargo varias tareas, una de las más importantes es la creación material del grupo, actividad que implica una planificación cuidadosa; este cometido se realiza en forma directiva y estructurada, se considera la base del proceso y ocupa la mayor parte de los primeros encuentros hasta su consolidación, que se logra después de al menos 10 sesiones. Otra de las tareas fundamentales del terapeuta es la creación de una cultura de grupo, cometido que se hace posible al operar de manera indirecta, esencialmente a través del modelado y moldeamiento de la comunicación y relaciones interpersonales al interior del grupo, es decir, el terapeuta debe crear las condiciones que maximizan el potencial curativo de la dinámica grupal; en adelante, su actividad estará centrada en mantener dichas condiciones, de tal manera que el beneficio pueda extenderse a cada uno de los participantes. Con relación a cultura de grupo, el terapeuta establece un modalidad específica de comunicación, abierta, directa, honesta y emotiva, centrada en el aquí y el ahora, de esta manera, se busca hacer entrar en operación y potenciar el efecto de los siguientes elementos terapéuticos:

1. *Creación de un grupo cohesivo*. de tal manera que a partir de la libre interacción y bajo la guía del terapeuta, se establecen las condiciones para formar una identidad de grupo, sustentada por un contexto de seguridad y aceptación mutuas. Una comunidad significativa de esta naturaleza favorece el resto de tareas y el proceso curativo del grupo como entidad.
2. Transmisión de información, lo cual se realiza tanto por parte del terapeuta, como de los participantes mismos; de esta manera se favorece la disminución del estigma que significa padecer burnout, además de establecer parámetros para reconocer los síntomas de desgaste personales.

3. Exploración de las causas del desgaste profesional, lo cual va más allá de la simple tarea de informar, puesto que los participantes personalizan sus intervenciones, de tal manera que se amplía la comprensión y se enriquecen las posibilidades de encontrar soluciones.
4. Procesamiento de experiencias emocionales negativas, adquiridas ya sea por exposición vicaria a partir del trabajo con personas víctimas de trauma, o bien, condiciones laborales y/o personales estresantes.
5. Exploración y creación de nuevos significados, con los cuales se inviste de manera positiva y trascedente a la actividad laboral de asistencia.
6. Adquisición de habilidades, tales como la autoobservación, monitoreo compartido de síntomas, técnicas de relajación, entre otras.
7. Formulación de un plan de autocuidado personalizado, que es el resultado final de todo el proceso de reflexión personal y grupal, con lo cual se apunta a generar cambios en el estilo de vida para favorecer un estado de mayor protección frente al desgaste.

Eje psicoeducativo

Se denomina libro de trabajo a un volumen publicado como material adicional[19], se trata de un texto con formato de libro de autoayuda, de corte psicoeducativo y lectura accesible para personas con escolaridad media y superior. Este libro fue diseñado específicamente para un perfil amplio de cuidador, de tal manera que puede ser fácilmente comprendido por enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, educadores, voluntarios, abogados y demás. Esta obra se hace llegar a todos los participantes de un grupo antes de iniciar el proceso terapéutico y se asegura su disposición en todos los casos, puesto que se contempla como material fundamental para la implementación del modelo. El terapeuta indica la lectura sistemática del libro de trabajo, con lo cual busca guiar al participante hacia el inicio y mantenimiento de un proceso de reflexión, lo cual se realiza a partir de los contenidos que incluyen información detallada acerca del síndrome de desgaste, ejercicios estructurados que estimulan la autoobservación y guías específicas para mejorar el autocuidado.

Es importante resaltar que el libro de trabajo se presenta como material psicoeducativo adicional para una lectura independiente en casa, de esta manera, se apunta a complementar el componente terapéutico, puesto que así se evita que el clínico a cargo se convierta en el eje central a partir del cual giran el total de interacciones al interior del grupo, se previene además que el proceso se convierta únicamente en un curso educativo, es decir, un espacio dedicado exclusivamente a trasmitir y adquirir información. Con el libro de trabajo se presenta la agenda temática de cada sesión, se promueve la libre discusión, la adquisición de habilidades y se estimula la participación activa en el proceso, incluso durante el periodo previo al siguiente encuentro; sin embargo, tal como ya se indicó, los objetivos del terapeuta de grupo de contención son más amplios y se centran, además de la psicoeducación, en el moldeamiento de los procesos grupales, así como en la facilitación del estilo de interacción que potencia el cambio en el sentido terapéutico.

El libro de trabajo consta de una introducción, un epílogo y 14 capítulos organizados en 4 partes; la primera parte es introductoria y presenta los conceptos básicos del modelo, además de información esencial que apunta a sensibilizar al lector acerca de tres elementos:

1. Las características específicas del lugar de trabajo que suelen asociarse a mayor riesgo de desgaste, por ejemplo, exceso de tareas, plazos de entrega limitados, liderazgo inefectivo, equipos de trabajo ineficientes, falta de reconocimiento de los logros, comunicación deficiente entre compañeros, faltas de respeto, favoritismo, conducta carente de ética por parte de los compañeros y/o la directiva[24], etc.
2. Las características inherentes al cuidador asociadas a mayor riesgo, por ejemplo, ser mujer, no tener pareja, disponer de menor experiencia y capacitación, ser joven, padecer algún problema emocional/psiquiátrico, personalidad tendiente a la emotividad negativa y con tendencia al aislamiento.
3. Datos de prevalencia de la FC por profesión o actividad particular, así como datos específicos para población mexicana.

La segunda parte consta de tres capítulos, construidos a partir del siguiente argumento: la FC puede prevenirse en la medida en que el cuidador aprende más acerca del síndrome, por lo tanto, se detallan cada uno de los síntomas, con énfasis particular en los más prevalentes, así como en la descripción del curso evolutivo característico. Asimismo, se ofrece como herramienta de autoevaluación el PROQOL-V (Professional Quality of Life)[6], con indicaciones específicas para que cada participante pueda realizar y personalizar su autoevaluación. En la Tabla 1 se presenta un listado por rubro de los síntomas más comunes que pueden encontrarse en un cuidador que padece FC, este listado es resultado de tanto de investigación documental, como de experiencia de trabajo clínico con población mexicana.

Tabla 1: Perfil sintomático completo de la FC

RUBRO	SÍNTOMAS		
Físicos	Enfermedad Cardiovascular	Trastornos Musculo-esqueléticos	Alteración del sistema inmune
	Fatiga crónica	Dolor crónico	Padecimientos gástricos
Emocionales	Depresión	Ansiedad (tensión)	Miedos indefinidos
	Irritabilidad, agresividad, ira	Disminución de la capacidad empática	Disminución de la satisfacción laboral
Cognitivos	Desamparo, negativismo, pesimismo	Tendencia a estereotipar y etiquetar	Suspicacia, paranoia

	Desconfianza en las propias capacidades	Tendencia a culpar a terceros	Dificultades de memoria
Conductuales	Consumo de sustancias	Tendencia a cometer más errores	Trato distante con compañeros y usuarios
	Tendencia a la agresión y conflictos	Tendencia a la hiperactividad	Desacuerdo compulsivo
Motivacionales	Pérdida del entusiasmo y de la iniciativa	Desilusión, decepción, resignación	Disminución de satisfacción por la vida
	Aburrimiento	Desmoralización	Aversión al trabajo
Institucionales	Rotación disfuncional de personal	Ausentismo	Incremento de gastos por cuidado de la salud
	Estado de ánimo grupal (moral) baja	Insatisfacción laboral	Mal desempeño laboral (personal e institucional)
	Bajo nivel de participación	Conflictos frecuentes entre compañeros	

En Tabla 1 se enlistan los padecimientos comunes que forman parte del perfil de la FC, se ordenan con base en uno de seis rubros: síntomas de naturaleza física, emocional, cognitiva, conductual, motivacional e institucional. Como puede notarse, muchos síntomas se traslapan, se refuerzan y explican entre sí.

La tercera parte del libro de trabajo consta de cinco capítulos, a través de los cuales se guía al lector hacia la formulación de un plan de autocuidado personalizado. Se parte del supuesto de que con el trabajo con los capítulos previos se ha sensibilizado lo suficiente al participante como para llevarlo a tomar la decisión de hacer cambios concretos en su vida. Los componentes claves para la formulación de este plan son los siguientes:

A. **Incrementar el grado de atención y consciencia**. Consta de tres recursos o tareas, a partir de los cuales se invita al participante a sintonizarse con el proceso de cambio y a comprometerse en este sentido. Se parte del principio de que la solución a un problema comienza con el reconocimiento del mismo. En seguida, se proponen dos ejercicios fundamentales, en primer lugar, aprender a detectar los principales factores contextuales causantes de estrés, en segundo lugar, se solicita al participante que aprenda a detectar sus propios síntomas de desgaste. Por lo tanto, a través de ejercicios estructurados, esta primera parte consiste de tareas reflexivas que apuntan a desarrollar el hábito de focalizar la mirada hacia el exterior, donde se ubican los problemas, de tal manera que sea más comprensible el origen del malestar; mientras que al estimular la mirada hacia el interior, se busca contrarrestar la adaptación y normalización de los propios síntomas.

B. **Evitar el aislamiento**. A través de una de las premisas fundamentales de este modelo, se asume que la creación y mantenimiento de una red social significativa es un elemento protector y profundamente reparador, mientras que el aislamiento -que puede tomar forma de relaciones interpersonales destructivas y/o de ausencia de vínculos emocionales constructivos-, actúa en detrimento de la salud mental en general, por lo tanto, genera en el cuidador un mayor grado de vulnerabilidad y riesgo de padecer FC. Con una intervención de formato grupal se busca contrarrestar el aislamiento, y en esta misma lógica, se solicita al participante que elija a una persona con quien mantiene actualmente una relación personal de confianza; a partir de crear una alianza con este cómplice, el participante le solicita su colaboración con tareas tales como retroalimentación acerca de señales tempranas de desgaste, brindar oportunidad de escucha y descarga, así como de pedir cuentas con relación a los compromisos de autocuidado adquiridos.

C. **Establecer un balance entre las esferas personal versus laboral**. La esfera laboral incluye actividades que tienen como principales objetivos el incremento del prestigio profesional, así como la obtención de remuneración económica; mientras tanto, la esfera personal comprende actividades cuya recompensa no es de tipo monetaria e incluye las áreas de relaciones con amigos, con la familia, de cuidado emocional y físico, espiritualidad, ocio/diversión, entre otras[19]. El argumento base es el siguiente: un cuidador se mantiene más protegido en la medida en que cultiva una vida personal satisfactoria, es decir, que al dedicar tiempo y voluntad al desarrollo de estas facetas de su vida y establecer un balance armónico entre las mismas, le es factible disponer de mayor energía, experimentar mayor grado de satisfacción vital, actualizar los límites de relación con los beneficiarios de sus servicios, así como adquirir mayor resistencia al estrés y demás adversidades del trabajo. A través de actividades estructuradas se invita al participante a reflexionar acerca de sus prioridades de vida, a estimar el tiempo y energía que dedica a las mismas y a elaborar un plan centrado en cultivar las áreas vitales menos atendidas.

D. **Formular un plan de autocuidado por escrito.** Esta actividad consiste en solicitar al participante que establezca por escrito sus propósitos de cambio y que firme una carta compromiso que lo invita a cumplir con lo establecido. Se trata de una indicación técnica con distintos propósitos relacionados, en primer lugar, se considera que el establecimiento de metas es un factor motivacional que ayuda a iniciar y mantener cambios centrados en el autocuidado, además de que los compromisos escritos constituyen puntos de referencia del desempeño, de tal manera que permiten retroalimentar acerca del avance hacia la consecución de objetivos. En segundo lugar, en comparación con los compromisos verbales, se ha demostrado que los propósitos que se establecen por escrito tienen mayor probabilidad de llevarse a cabo[25]; por lo tanto, con la formulación de un plan de autocuidado se busca que el participante genere una estrategia personalizada, que la materialice con acciones concretas y que el cambio se mantenga en el tiempo. En la Tabla 2 se presenta el compendio

de recursos o tareas que forman parte de la formulación de un plan de autocuidado estructurado.

Tabla 2: Compendio de recursos para la formulación de un plan de autocuidado

No.	Recurso o tarea
I	***Incrementar el grado de atención y consciencia***
1	Crear consciencia de la necesidad de cambiar
2	Detectar las principales fuentes de estrés
3	Aprender a identificar los síntomas de desgaste personales
II	***Evitar el aislamiento***
4	Conseguir uno o más cómplices
5	Realizar un inventario de herramientas de autocuidado actuales
III	***Establecer un balance trabajo-vida personal***
6	Establecer una clara diferenciación entre vida personal versus laboral
	Identificar y privilegiar las prioridades vitales
	Planificar la vida personal
IV	***Formular un plan estructurado por escrito***
7	Elegir acciones de autocuidado de cada área (física, psicológica, social-interpersonal, espiritual)
8	Formular por escrito el plan de autocuidado
9	Firmar una carta compromiso de cambio
10	Desarrollar más habilidades de autocuidado
11	Practicar en forma rutinaria las acciones de autocuidado
12	Medir periódicamente los niveles de BO, FC y TV
13	Revisar y ajustar periódicamente la efectividad del plan

En la Tabla 2 se presenta un listado con 13 tareas divididas en 4 rubros; éstas se consideran la base para la formulación e implementación de un plan de autocuidado personalizado. En el libro de trabajo[19] se presenta a manera de lista de chequeo y se describe con detalle cada una de las actividades sugeridas al participante.

Evidencia empírica preliminar del modelo del cuidado del cuidador

El modelo se evaluó con 24 participantes voluntarios, a quienes se envió una invitación a través de la página web de Fundación Quiera (selección no probabilística). Se integró a 21 mujeres (87.5%) y 3 hombres, la edad promedio de la muestra fue de 43.5 años ($\pm$7.9). Siete personas abandonaron el estudio en diferentes momentos antes de concluir el proceso terapéutico, debido a complicaciones de agenda y a que renunciaron a sus respectivas instituciones; puesto que se formaron grupos terapéuticos cerrados, no se reemplazó a estos participantes y sus datos no se

contemplaron para los análisis. Al momento de iniciar la investigación, los cuidadores desempeñaban funciones gerenciales y de dirección en 22 organizaciones no gubernamentales, instituciones de la sociedad civil a través de las cuales se cubren necesidades básicas a población vulnerable (alimentación, hospedaje, vestido, etc.), además de brindar servicios especializados en las áreas médica, psicológica, pedagógica, legal, entre otras. Se eligió este perfil de cuidador debido a que experimenta diversos factores de riesgo, tales como sobrecarga de trabajo, exposición al sufrimiento y trauma de los beneficiarios de sus servicios, poco reconocimiento, bajo ingreso económico, realización de tareas múltiples, poco respaldo por parte de las autoridades, falta de recursos para realizar su actividad, entre otros.

Por cuota, los participantes se asignaron a uno de tres grupos terapéuticos, conformados por ocho integrantes respectivamente, de esta manera, se condujeron 3 procesos terapéuticos independientes, uno por año de acuerdo con la duración de cada intervención grupal. El autor implementó los procesos terapéuticos a razón de 20 sesiones quincenales de 3 horas de duración cada una, además de un encuentro adicional de seguimiento a los tres meses de concluida la veinteava sesión. Se administró individualmente el Inventario Maslach de Burnout (MBI), el Inventario Calidad de Vida Profesional (PROQOL-V), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en 3 momentos: línea base, al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento. Al comparar las mediciones iniciales contra las obtenidas al término del proceso, se observó una disminución significativa ($p < 0.05$) en síntomas de agotamiento emocional, depresión, burnout y ansiedad; no obstante, después de tres meses, esta evolución positiva se mantuvo estable solo para las 2 primeras variables, claves en cuanto a perfil sintomático.

CONCLUSIONES

Fatiga por compasión es un término relativamente nuevo, con éste se describe al proceso de desgaste que padece un cuidador profesional al realizar su actividad de atención a personas que padecen condiciones de vulnerabilidad. No se trata de un concepto unitario, sino de un compuesto de síntomas de burnout, trauma por exposición vicaria y estrés postraumático. Se asume que los efectos negativos son acumulativos, insidiosos y escapan a la consciencia de quien los padece, que puede ser incapacitante al producir sintomatología extensa, además de que mina las cualidades que facilitan el trabajo de cuidador, es decir, impacta en la disminución de las habilidades de empatía, paciencia, compasión, interés genuino por los problemas de otros, etc. A pesar del interés añejo que despierta este tema, existen relativamente pocas tecnologías con sustento empírico, diseñadas específicamente para atender esta problemática.

En este capítulo se describe un modelo sistemático de intervención preventiva, diseñado para un perfil de cuidadores mexicanos, el cual puede ser implementado en el área de trabajo durante un periodo discreto de tiempo o bien, también a través de grupos abiertos, hecho que favorece la extensión en el tiempo, así como la inclusión de nuevos participantes. La intervención

se articula a partir de dos componentes, uno psicoeducativo basado en la lectura guiada de un libro, así como un componente terapéutico (terapia grupal interpersonal con componentes cognitivo-conductuales) a cargo de un clínico entrenado. Los resultados de investigación preliminares permiten afirmar que el modelo produce una mejora significativa en síntomas claves de agotamiento emocional y depresión, la cual se mantiene en el largo plazo; de esta manera, se contempla que la intervención es eficiente y específica para cuidadores mexicanos que padecen altos grados de estrés laboral y/o están expuestos al trauma de sus usuarios. No obstante, es claro que aún es necesaria investigación adicional, la utilización de un grupo control, así como la evaluación del modelo en diferentes contextos y con otros perfiles de cuidador.

REFERENCIAS

Bogacz, T. (1989). War Neurosis and Cultural Change in England 1914-22: The Work of the War Office Committee of Enquiryin to 'Shell-Shock. *Journal of Contemporary History*, 24, 227-256.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed). Washington: American Psychiatric Publishing.

Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.

Maslach, C. (1976). *Human Behavior*, 5, 16-22.

Leiter, M. & Malach, C. (2005). Banishing burnout. Six Strategies for improving your relationship with work. San Francisco CA: Jossey-Bass.

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed*. Pocatello Recuperado de página web www.ProQOL.org

Álvarez-Icaza, D. & Medina-Mora, M.E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. Salud Pública de México (60 supl. 1), 52-58.

Shenesey, J. W., Langhinrichsen-Rohling, J. (2014). Perceived Resilience: Examining Impacts of the Deepwater Horizon Oil Spill One-Year Post-Spill. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 252-258.

Barr, P. (2017). Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatalintensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology*, 23, 214–222.

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S. y Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, *1*, 82–89.

Bährer-Kohler, S. (2013). *Burnout for experts. Preventing in the context of living and working*. New York: Springer Press.

Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 9, 117- 123.

Marín, M. (2016). Cuídate para cuidar a otros. Programa para evitar el desgaste de los que trabajamos ayudando a los demás. México: Editorial Pax.

Mathieu, F. (2012). The Compassion Fatigue Workbook. Creative tools for transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization. New York, Edit. Taylor & Francis Group.

Maslach, C. (2003). Burnout. The cost of caring. Cambridge, MA: Malor.

Marín-Tejeda, M. (en proceso). Cuídate para cuidar a otros. Manual del Terapeuta.

Leiter, M., Maslach, C. (2005). Banishing Burn Out. Six strategies for improving your relationship with work. San Francisco, USA Jossey-Bass.

Martin, G. & Pear, J. (1991). Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. Madrid: Prentice Hall.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bride, B.E., Radey, M., Figley, C.R. (2007). Measuring Compasion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35:155–163.

Pearlman, L. McIan, P. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. Professional Psychology: Research and Practice, 26, 558- 565.

Figley, C. (1996) Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the Traumatized. New York: Brunner-Routledge.

Green Cross Academy of Traumatology (2018). Standards of Self-Care Guidelines. Recuperado de página web:

https://jessicadolce.com/wp-content/uploads/2014/09/Green-Cross-Academy-of-Traumatology-self-care-guidelines.pdf

Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. PTSD Research Quarterly, 8, 1-6.

Yalom, I., Leszcz, M. (2008). The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York, USA: Basic Books, 5th edition.

Procedimientos de Evaluación e Intervención Psicofisiológica Breve

David Alberto Rodríguez-Medina[1], Benjamín Domínguez-Trejo[1], Luis Alberto Morales-Hernández[2], Irving Armando Cruz-Albarrán[2]
[1] División de Investigación y Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología, UNAM.
[2] Posgrado en Mecatrónica, Facultad de Ingeniería, UAQ.

Resumen
El objetivo del presente capítulo es mostrar los principios y procedimientos de evaluación e intervención psicofisiológica breve que capacite al psicólogo tratante de pacientes cuyo nivel de estrés comprometa la salud física y emocional. Primero se abordarán aspectos teóricos y técnicos y, posteriormente, la metodología en psicofisiología aplicada para la evaluación y manejo de la regulación autonómica térmica. Se presentan dos modelos de evaluación: el registro individual y el registro colectivo. Dependiendo de la disponibilidad de tiempo, recursos materiales y humanos, se sugiere el empleo de una u otra estrategia de medición. Finalmente, se recomienda incorporar el uso de este biomarcador térmico como una herramienta clínica para el monitoreo continuo de la eficacia de cualquier estrategia psicológica. Se sugiere discutir los datos en el contexto de la *Teoría Polivagal*.

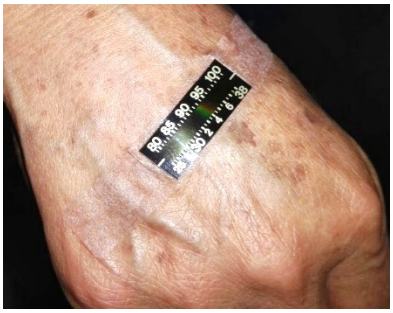
Introducción

El organismo presenta dos clases de temperatura corporal: la central, que cubre la región el tórax y la cabeza, la cual debe ser mantenida constantemente debido mediante mecanismos de termorregulación central; y la temperatura periférica, la cual se define como aquella que donde no existen órganos vitales. Se puede medir en las extremidades inferiores y superiores, cuyas zonas más alejadas respecto al tórax tendrán una temperatura menor (manos, pies), e incluso la nariz, la región perinasal, periocular, peribucal, músculo corrugador, mejillas y los lóbulos de las orejas (Ioannou, Gallese & Merla, 2014).

La temperatura periférica proporciona una medida útil para la evaluación de la actividad autonómica subyacente a distintos procesos cognitivos y afectivos. Diversos estudios empíricos han documentado los patrones térmicos de estados emocionales en el laboratorio (, ; Rodríguez & Domínguez, 2017) y su aplicación clínica (Rodríguez-Medina, Domínguez, Cortés, Cruz, Morales & Leija, 2018), por ejemplo, el biofeedback para el control del estrés asociado al dolor o a trastornos del espectro ansioso.

Los procedimientos de registro psicofisiológico térmico evolucionado conforme los avances tecnológicos desde las bandas Dermatherm©, termistores adheridos a la piel, hasta el presente con sensores de infrarrojo térmico. Ésta última herramienta hace posible el registro a distancia, sin contacto con la piel del sujeto, lo cual significa un avance considerable para muchos pacientes con un nivel de medición preciso significativamente elevado para los propósitos de monitoreo clínico por parte del terapeuta (Tabla 1).

Tabla 1. *Termómetros sensibles a los cambios de temperatura periférica (manos y nariz).*

Termómetro	Descripción
Dermatherm© 	*Banda de líquido termorreactivo. El cambio de posición del color verde indica el rango de temperatura aproximado con un nivel máximo en color rojizo y el mínimo en color azul. El rango va de 76°F a los 100°F. Una temperatura por debajo de los 90°F se considera predominio simpático, mientras que de 90 a 94°F existe una actividad autonómica simpática y parasimpática; arriba de 94°F se considera predominio parasimpático: la meta clínica. Pese a que es una herramienta útil, portátil y económica, tiene un bajo nivel de precisión.*
Termómetro Electrónico	*Premio Universitario León Bialik a la Innovación Tecnológica 2002 (*Memorias del Premio Universitario León Bialik a la Innovación Tecnológica, 2011). Termómetro electrónico de temperatura periférica bilateral. Registra en °F, cuenta con dos termistores con alta sensibilidad de los cambios de temperatura donde se adhieran. Permite comparar las diferencias simétricas izquierda – derecha, utilizando baterías AA es un equipo de registro térmico ligero y portátil. Su nivel de precisión permite cuantificar una décima de °F. Entre sus desventajas de uso están un alto cuidado de manejo debido a la sensibilidad de los termistores y que requiere llevar consigo cinta adhesiva, microport preferentemente, restringiendo el movimiento del paciente.
Non Contact Infrared Body Thermometer DM300	Termómetro de luz infrarroja, económico, portátil y sensible a los cambios autonómicos; no requiere estar en contacto con la piel del sujeto, lo que brinda a éste una mayor libertad de movimiento y comodidad. Este termómetro permite cuantificar la temperatura de la superficie de la piel dentro de un rango de 0-100°C en un diámetro de 0.5cm^2 a una distancia de 3 a 5 cm de distancia. En la pantalla aparece el valor de temperatura.
Ave Fénix	

	Cámara de imagen térmica infrarroja de 80 X 120 pixeles. Permite evaluar la temperatura de manera cualitativa, mediante la visualización en la paleta de colores de cada Región de Interés, el nivel de temperatura asociado al color del píxel; y de forma cuantitativa extrayendo los datos en un archivo .txt de cada termograma o imagen térmica que debe ser guardado para su análisis ulterior. La distancia de las cámaras térmicas comerciales usualmente es de 1 m a partir de la punta de la nariz. En el caso de Ave Fénix se sugiere una distancia menor (50 cm o menos). Requiere fuente de energía directa.

En las siguientes secciones del capítulo se mostrarán las bases y técnicas de registro psicofisiológico térmico, su lectura para la interpretación clínica y se mostrarán dos protocolos de evaluación psicofisiológica para su aplicación clínica: uno individual y otro colectivo.

Factores que influyen en la iTF

La actividad autonómica que se registra con la iTF, similar a las de otros equipos de registro psicofisiológico, se ve influida por procesos dinámicos metabólicos, afectivos, cognitivos, estado de salud, nivel de actividad física y sexo, entre otros. Fernández-Cuevas (2015), Shwartz y colaboradores (2015), mencionan los factores a considerar para tomar un registro de iTF individual cuyos principios generales se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. *Factores generales de consideración de una iTF*.

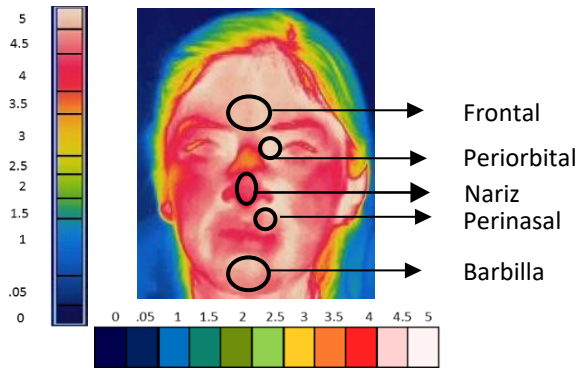
Factor	Descripción
Pre-registro	Evitar el consumo de alimentos cuando menos 2 horas previas al registro
Temperatura ambiente controlada	Mantener una temperatura constante (entre 20 a 24° C) en la sala o espacio donde se lleve a cabo el registro. Debe controlarse la ventilación, la humedad y la luz natural y medir los parámetros de cada una de estas condiciones para ingresarlo al software de registro termográfico.
Aclimatación	Permanecer en la sala donde se va a realizar la investigación durante 10 a 20 minutos (Fernández et al, 2015), a fin de aclimatarse a la temperatura ambiente.
Factores Intra e Intersujeto	Diferencias de género se han documentado en la reactividad psicofisiológica (Cruz, Benítez, Osornio, Domínguez, Rodríguez & Morales, 2018)
Línea Base	Registro basal de 3 a 5 minutos de manera previa a cualquier tipo de tarea.
Tarea Emocional	La aplicación de la tarea (física, cognitiva o afectiva). Indicar al sujeto no moverse del foco de la cámara.

Termografía Aplicada a la Psicología Clínica y de la Salud

La cámara térmica infrarroja (Fig. 1) es una herramienta tecnológica no invasiva ni obstructiva capaz de monitorear la temperatura mediante la iTF del organismo y sus respectivos índices de temperatura de Región de Interés Observable (RIO) que lo conforma diferenciados por una paleta de colores (Merla, 2014; Ioannou, Gallese, & Merla, 2014). De acuerdo al pixalaje de la cámara, la iTF permite obtener un nivel de precisión al momento de valorar una temperatura en un punto específico. Estos puntos de medición se denominan Regiones de Interés Observables (RIO) y se han situado en las zonas de registro de temperatura periférica (Fig. 2).

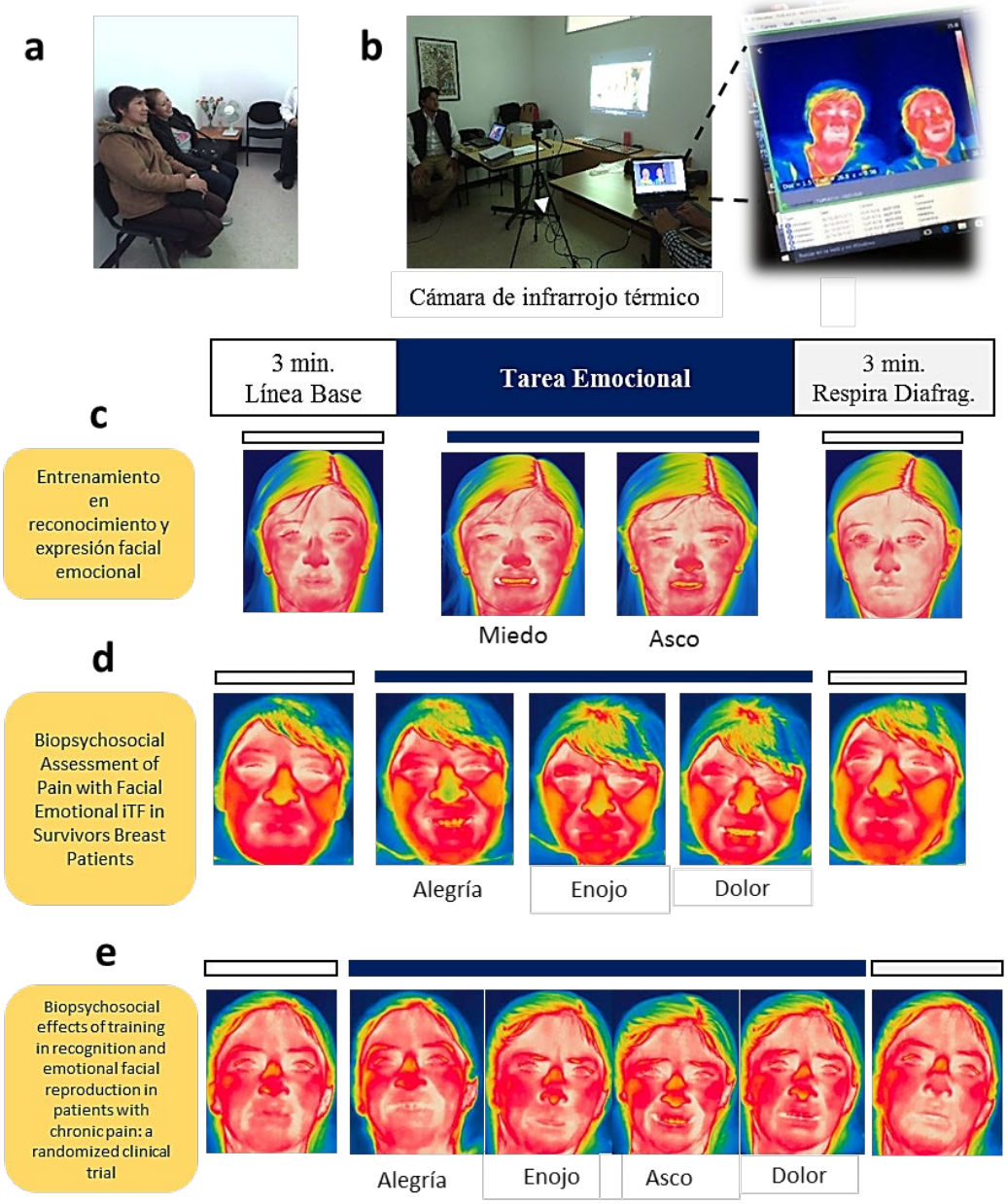
Fig. 1. Cámara térmica infrarroja. Los cambios de temperatura se pueden valorar mediante los cambios visuales en la paleta de colores (a un costado de la imagen) para el monitoreo clínico por parte del especialista.

Fig. 2. RIO faciales y escala de evaluación categórica. La escala categórica de temperatura va de 0 a 5, con puntos intermedios para su evaluación clínica rápida y continua. Cada valor de 0.5 es aproximadamente 1.2°C. Se muestran las RIO faciales.



De acuerdo con el nivel de medición se puede optar por un registro categórico (cualitativo), o de razón (cuantitativo). El nivel de medición categórico de escala de colores brinda una lectura rápida del nivel de temperatura, aunque sacrifica precisión de registro térmico. En contraparte, el nivel de medición de razón ofrece una alta exactitud en el registro de temperatura, con el inconveniente de realizar un examen más minucioso de cada imagen térmica procesado por el software específico exigiendo mayor tiempo de registro. Sugerimos que para el monitoreo clínico del paciente durante la sesión psicológica se utilice el nivel categórico para la visualización de los cambios de temperatura en tiempo real; mientras que para su evaluación más precisa se registren en una base de datos el valor de temperatura preciso. En un esfuerzo por evaluar los efectos autonómicos que subyacen a distintos estados afectivos, la imagen térmica infrarroja (iTF) (Rodríguez-Medina & Domínguez, 2017) (Fig. 3). Sugerimos visitar el enlace de Ciencia UNAM (2016) para una visualización de un protocolo clínico de evaluación e intervención en psicofisiológica clínica.

Figura 3. Protocolos de evaluación psicofisiológica térmica Adaptado de *La evaluación psicofisiológica con imagen térmica infrarroja en los procesos psicológicos* (http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.3.2.2017.140.227-24)



Enfoque experimental. (a) colocación del sujeto para el registro psicofisiológico; (b) registro térmico de la actividad autonómica de acuerdo a los paradigmas experimentales: (c) conducta facial emocional voluntaria en sujetos clínicamente sanos (Rodríguez, Domínguez, Cruz, Morales & Leija, 2015, datos no publicados); (d) conducta facial emocional voluntaria en pacientes con sobrevivientes de cáncer de mama (Rodríguez, Domínguez, Cortés, Cruz, Morales & Leija, 2018); (e) conducta facial emocional espontánea (Rodríguez, Domínguez, Cruz, Morales, Leija & Zamudio, 2016, datos no publicados). La relajación incrementa la temperatura nasal: un color rojizo o blanco, cualitativamente, son las metas clínicas de inducción de la respuesta parasimpática. En aquellos pacientes que no lo logran su sistema autonómico está comprometido por influencia sistémica, como la actividad inflamatoria.

Utilidades de la iTF en el contexto clínico

Una de las aplicaciones sobre el uso de iTF es la actividad simpática relacionada con estrés (Tyler et al. 2015). Su uso como herramienta de evaluación durante un procedimiento clínico en tiempo

real permite una valoración psicofisiológica precisa sobre una técnica para disminuir la actividad simpática (Rodríguez-Medina & Domínguez, 2017). Al Psicólogo de la Salud el uso de la iTF le permite evaluar los cambios psicofisiológicos inducidos por las estrategias de regulación emocional, como las técnicas de relajación, estrategias cognitivas e incluso habilidades sociales no verbales, como la expresión emocional durante la sesión psicológica. Las ventajas de un registro psicofisiológico en un contexto clínico como el hospitalario o la consulta privada son numerosas:

1. Lectura rápida del estado emocional del paciente sin la necesidad de utilizar ningún sensor adherido al cuerpo del paciente.
2. Optimización del tiempo de consulta psicológica al no tener que instrumentar con los termistores tradicionales de equipo de registro psicofisiológico.
3. Monitoreo continuo de diversas RIO simultáneamente.
4. Valoración del efecto psicológico sobre la actividad autonómica del paciente durante la sesión en tiempo real, como la expresión emocional, sus procesos cognitivos y/o su conducta observable, los cuales influyen en su capacidad de regulación emocional.

Para el contexto clínico sugerimos el uso de redes de investigación multidisciplinaria con expertos en el área. Como psicólogos hemos convenido acuerdos con el Dr. Luis Alberto Morales Hernández e Irving Cruz Albarrán de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Autónoma de Querétaro. En colaboración estrecha de ambos grupos hemos desarrollado una cámara térmica infrarroja portátil para la práctica e investigación clínica con suficiente nivel de resolución para valorar los cambios categóricamente de la actividad autonómica. El costo-beneficio es clínicamente útil, pues con un costo alrededor de $750 USD se puede utilizar para escanear a los pacientes antes, durante y después de los procedimientos psicológicos en diferentes escenarios clínicos o comunitarios. Resaltamos su importancia dentro del contexto de la investigación psicológica en México como equipos portátiles de bajo costo económico, pero con un alto valor para las mediciones psicofisiológicas. Una visualización en video se puede encontrar en internet como "Dispositivo Ave Fénix" (2018), (TV UNAM, 2018)

Protocolo de Evaluación e Intervención Psicofisiológica Breve

Alentamos a los psicólogos especialistas en clínica y salud a familiarizarse con los diseños de investigación N=1, o bien, aquellos estudios de grupo intra-sujetos de medidas repetidas, e inter-grupos de acuerdo con los objetivos del estudio clínico:

A. ***Propósito 1*. Evaluar la capacidad de producción de respuesta parasimpática ante una situación de emergencia sin apoyo psicológico y con apoyo psicológico.**

1.1 *Diseño de intervención*: pre – post. Como materiales de medición se pueden utilizar los termómetros antes descritos.

1.2 *Procedimiento*. Se le solicita al paciente relajarse por sí mismo como sepa hacerlo, sin apoyo psicológico. A esta respuesta se le denomina respuesta natural de relajación (RNR)

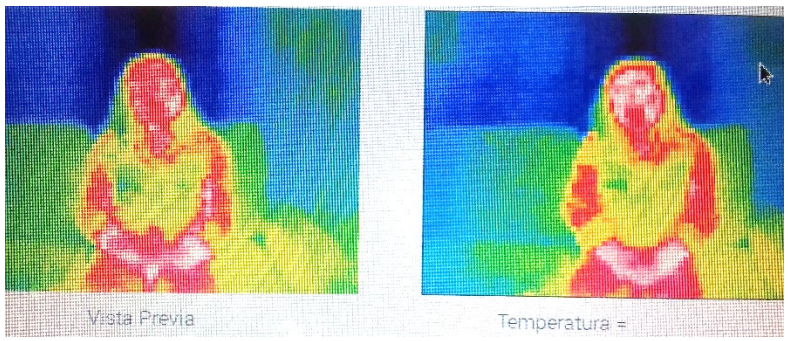
1.3 Si no logra incrementar su temperatura periférica por sí solo, entonces se asiste al paciente con apoyo psicológico mediante una estrategia de relajación estructurada como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva o pasiva. Hay que recordar que las estrategias de relajación cognitiva, como la imaginería guiada y el entrenamiento autógeno, son poco compatibles ante la situación de manejo de intervención en crisis y se pueden relegar en otro momento si el paciente así lo requiere en un proceso psicoterapéutico, pues aprender estas habilidades requieren un tiempo considerablemente mayor (Fig 4).

B. ***Propósito 2*. Evaluar la capacidad de producción de respuesta parasimpática para el manejo de una situación estresante con apoyo psicológico.**

2.1 *Diseño de intervención*: medidas repetidas. Se recomiendan el uso del termómetro electrónico o digital infrarrojo.

2.2 *Procedimiento*. Durante un periodo de reposo de al menos 5 – 10 min sentado, se le solicita verbalmente al paciente permanecer quieto, sentado con ojos cerrados durante 2 min (medición pre); posteriormente se le induce una tarea de estrés estructurada o semi-estructurada, la cual puede ser física, cognitiva, afectiva. El *Trier Social Stress Test* por ejemplo (medición post estresor). Finalmente, se le induce la relajación mediante una tarea estructurada como la respiración diafragmática o la relajación muscular pasiva o progresiva (medición post tratamiento).

Fig. 4. Cámara térmica infrarroja portátil AVE FÉNIX. El escáner térmico permite evaluar en tiempo real el nivel y comportamiento de la temperatura antes, durante y después de la intervención psicológica.



Ejemplo: **Evaluación Psicofisiológica Térmica Post-Sismo, Ciudad de México, 2017**

Los desastres naturales y sus repercusiones socioeconómicas son potenciales agentes de estrés agudo y postraumático. Uno reciente fue el sismo de 2017 percibido en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Con la finalidad de estudiar los efectos autonómicos de las secuelas de estrés que habían experimentado algunos estudiantes universitarios de tal experiencia traumática, se instrumentó un protocolo de evaluación psicofisiológica térmica a 21 estudiantes clínicamente sanos que pudiesen manifestar síntomas de estrés agudo.

Objetivo

Evaluar la capacidad de regulación autonómica térmica con ante una tarea afectiva de estrés en un grupo de estudiantes universitarios médicamente sanos.

Diseño

Estudio cuasiexperimental de medidas repetidas: *Pre – Trier Social Stress Test (TSST) - Relajación*.

Participantes

19 mujeres y 2 hombres. Edad Media =22.05 años

Instrumentos y Materiales

Non Contact Infrared Body Thermometer DM300

Procedimiento

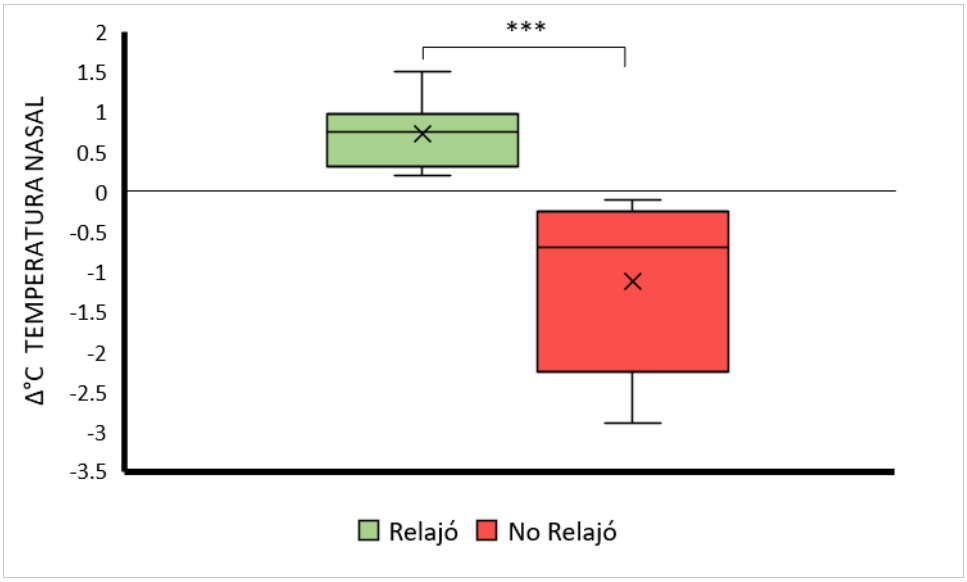
Se implementó el Protocolo B descrito anteriormente. Se reunió a los estudiantes en un horario de 10:00 – 11:00 horas en un aula de clases en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, a una temperatura ambiente de 22°C donde se les explicó el objetivo del estudio 3 semanas después del sismo. Todos brindaron su consentimiento para participar. Sentados, permanecieron en reposo 7 minutos antes de comenzar con el registro. Se les dieron las indicaciones de cerrar sus ojos durante 2 minutos (al término de este periodo los psicólogos registraron la temperatura nasal con el termómetro infrarrojo). Luego se les indicó que pasarían al frente del salón a exponer un discurso verbal de porqué serían buenos

candidatos para ejercer su trabajo ideal y al término se les realizaría una prueba de habilidades aritméticas, y que sí se equivocaba volvía a iniciar, mientras cada uno de los estudiantes y psicólogos los observaba (TSST). Finalmente realizaron una tarea de relajación semi-estructurada durante 2 minutos.

Resultados

La capacidad de regulación térmica indica que la tara afectiva tuvo un efecto estadísticamente significativo ($p<0.001$) de decremento. Sin embargo, durante la fase de relajación se encontraron 2 grupos: el 38% de la muestra incrementó su temperatura de manera significativa ($Z= -2.521$, $p = 0.012$); mientras que 62% de los participantes continuaron decrementando su temperatura ($Z= - 3.182$, $p < 0.001$). Al analizar las diferencias térmicas entre estos 2 subgrupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes lograron relajarse (incremento de la temperatura) y quienes no lo lograron (decremento de temperatura) ($Z= -3.767$, $p<0.001$) (Fig. 5).

Fig. 5. Diferencias de temperatura entre subgrupos en fase de relajación post estresor.



Discusión y conclusiones

Los datos de comportamiento térmico sugieren la capacidad de regulación emocional de los participantes: algunos alcanzan a revertir la temperatura periférica mediante las estrategias de relajación sobre la experiencia emocional traumática, mientras que otros participantes no lograron incrementar su temperatura nasal con la intervención psicológica. Se recomienda dar un seguimiento a este último grupo al mes del desastre natural y a los tres meses para volver a evaluar su temperatura como un termobiomarcador de la actividad simpática/parasimpática. En

aquellos participantes que persista el mismo comportamiento térmico requerirán un mayor nivel de atención psicológica especializada para la desactivación fisiológica y manejo de los pensamientos negativos.

Una teoría neurofisiológica clínicamente útil para explicar los cambios psicofisiológicos transitorios de un estado negativo hacia uno positivo y viceversa es la *Teoría Polivagal* desarrollada por el Neuropsiquiatra Steven Porges (2003). Su teoría explica el funcionamiento autonómico que facilita un estado afectivo de rechazo e involucramiento social: si el sujeto se encuentra en un estado de *distrés* manifestará conductas afectivas de lucha/huida social con respuestas somáticas incrementadas, aumento de la presión arterial, la frecuencia cardiaca (predominio simpático); si continua incrementando su nivel de activación llegará a la fase *Freeze*, que, como su nombre lo indica, inmoviliza al sujeto para reaccionar ante cualquier demanda decrementando la temperatura periférica, el tono facial e inhibiendo el contacto social cara a cara; finalmente si la persona logra a recuperarse y disminuye el nivel de activación fisiológica logrará entrar en un estado de *enganche social*, el cual inhibe cualquier conducta defensiva, promoviendo las relaciones sociales afectivas con un predominio de actividad nerviosa parasimpática. Éste último estado promueve un estado de relajación, el cual puede ser evaluado mediante el incremento de la temperatura periférica en manos y nariz.

La valoración del funcionamiento psicofisiológico dinámico permite establecer las rutas de intervención personalizada para cada paciente. Para ello, la temperatura periférica brinda una valiosa información sobre la actividad autonómica asociada a los mecanismos de regulación emocional. Para que el clínico pueda obtener un perfil de las necesidades de atención del paciente, es necesario integrarlas bajo el enfoque biopsicosocial. De esta manera se puede elaborar un plan de intervención particular e individual para el tratamiento psicológico de cada paciente.

Referencias

Ciencia UNAM. (2016). Proyecto Fénix. Recuperado el 7 de agosto de 2018 de https://www.youtube.com/watch?v=FRWyeI5WINw

Cruz-Albarran, I., Benitez-Rangel, J., Osornio-Rios, R., Dominguez-Trejo, B., Rodriguez-Medina, D., & Morales-Hernandez, L. (2018). A methodology based on infrared thermography for the study of stress in hands of young people during the Trier Social Stress Test. Infrared Physics & Technology, 93, 116-123. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.infrared.2018.07.017

Dispositivo Ave Fénix. (2018). Recuperado del 7 de agosto de 2018 de https://www.youtube.com/watch?v=NOnvUUtMBOo

Fernández-Cuevas, I., Bouzas Marins, J., Arnáiz Lastras, J., Gómez Carmona, P., Piñonosa Cano, S., GarcíaConcepción, M., & Sillero-Quintana, M. (2015). Classification of factors influencing the use of infrared thermography in humans: A review. *Infrared Physics & Technology*, *71*, 28-55. http://dx.doi.org/10.1016/j.infrared.2015.02.007

Ioannou, S., Gallese, V., & Merla, A. (2014). Thermal infrared imaging in psychophysiology: Potentialities and limits. *Psychophysiology*, *51*(10), 951-963. http://dx.doi.org/10.1111/psyp.12243

Memorias del Premio Universitario León Bialik a la Innovación Tecnológica. (2011). Recuperado el 9 de julio de 2018 de http://reunicep.com/img/logos/leon-bialik-003.pdf

Merla, A. (2014). Thermal expression of intersubjectivity offers new possibilities to human-machine and technologically mediated interactions. *Frontiers in Psychology*, 5. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00802

Porges, S. (2003). The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology y Behavior*, *79*(3), 503-513. http://dx.doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00156-2

Rodríguez-Medina, D., & Domínguez Trejo, B. (2018). La evaluación psicofisiológica con imagen térmica infrarroja en los procesos psicológicos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social, 3*(2), 227-241. http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.3.2.2017.140.227-241

Rodríguez-Medina, D., Domínguez, B., Cortés, P., Cruz, I., Morales, L., & Leija (2018). Biopsychosocial assessment of pain with thermal imaging of emotional facial expression in breast cancer survivors. *Medicines,* 5(2), 1-16. http://dx.doi.org/10.3390/medicines5020030

Schwartz, R., Brioschi, M., Pittman, J., Rind, B., Crawford, J., & Usuki, H. et al. (2015). Guidelines for Breast Thermography. *Pan American Journal of Medical Thermology*, *2*(1), 26-34. http://dx.doi.org/10.18073/2358-4696/pajmt.v2n1p26-34

TV UNAM. (2018). "AVE FÉNIX." Recuperado el 7 de agosto de 2018 de https://www.youtube.com/watch?v=6E253zB_L2g

Tyler, W., Boasso, A., Mortimore, H., Silva, R., Charlesworth, J., & Marlin, M. et al. (2015). Transdermal neuromodulation of noradrenergic activity suppresses psychophysiological and biochemical stress responses in humans. *Sci. Rep.*, *5*, 13865. http://dx.doi.org/10.1038/srep13865

SEGUNDA PARTE

Primeros auxilios psicológicos

I. Introducción

•Los primeros auxilios psicológicos son la primera atención que recibe una persona después de haber vivido un evento altamente estresante como un sismo. Aunque puede proporcionarlos un no profesional de la salud mental, inclusive un alumno en formación, que tienen la obligación de dar atención hasta que los servicios altamente especializados se restablezcan, idealmente los tendría que proporcionar un psicólogo. Retomando el modelo de la Universidad de Barcelona, el modelo que presentamos contiene cuatro acciones prioritarias que habrá que atender en esta intervención breve que podría ser de hasta 30 minutos. El primer paso tiene que ver con ayudar a **contener** a la persona y deberá de incluir una presentación por parte de la persona que da los primeros auxilios psicológicos, deberá pedir permiso para poder realizar la intervención, y deberá estar atento a los síntomas que presenta la persona, si es posible invitándolo a asentarse en un lugar privado, cómodo, iluminado, ventilado, pero si la persona tiene síntomas muy importantes de ansiedad, podría acompañarla caminando, invitando la hacer respiraciones profundas, a conversar. Después del evento altamente estresante es importante contar con la información necesaria de cómo vivió la persona el evento traumático. Se le puede **preguntar** que ocurrió, qué información tiene y qué tipo de ayuda necesitas. En este sentido la persona que proveé los primeros auxilios psicológicos tendrá que estar informado y contar con un directorio de referencia para poder apoyar a la persona de la mejor manera, ofreciéndole servicios, números telefónicos, o lugares de referencia donde pueda atender sus necesidades prioritarias. En tercer lugar será necesario **normalizar** los síntomas que está presentando después del evento traumático, es buena idea conocer los síntomas del estrés agudo, y explicarselos a la persona, transmitiendo le optimismo de que lo más probable es que después de 72 horas los síntomas de ansiedad de dencrementarán. Además será importante mencionar cuáles son los síntomas más frecuentes del estrés agudo y los componentes: la re experimentación o introducción, la disociación, la evitación, los síntomas de ansiedad, y el ánimo negativo. Será importante conocer en esta etapa si la persona a lo largo de su vida ha presentando algún otro trastorno asociado que podría reactivarse a partir del evento traumático como es la sintomatología depresiva, conductas de ansiedad, problemas de consumo de sustancias, o conductas asociadas al suicidio. En este caso será importante darle prioridad a la **canalización** del caso, puesto que la responsabilidad del queda primeros auxilios psicológicos también tiene que ver con determinar si la persona requiere una evaluación psicológica completa, y una canalización al servicio de psiquiatría. Especial atención merecen aquellas personas que están en tratamiento farmacológico. A ellas habrá qué acercarlos para evitar que suspendan su tratamiento. La bibliografía dice que particularmente después de un desastre natural como evento altamente estresante la gran mayoría de las personas lograrán recuperarse. La manera en cómo sería un desastre natural, en donde generalmente las comunidades muestran solidaridad y cohesión, ayuda a la recuperación. Sin embargo será importante **monitorear** tres meses después los síntomas de estrés, sintomatología depresiva, somatización, y conductas asociadas al suicidio. Muchas personas además del desastre natural viven pérdidas asociadas a este que los ponen en riesgo de desarrollar un trastorno mental.

II. Objetivo

- El objetivo de esta actividad es revisar los cuatro componentes de los primeros auxilios psicológicos.

(Raphael, 1986)

Primeros Auxilios Psicológicos

- **Contener :** Presentarse, pedir permiso, sentarse, caminar, respirar.
- **Informar:** Preguntar qué pasó, o qué información tiene, preguntarle qué tipo de ayuda necesita.
- **Normalizar:** Breve explicación del estrés y sus síntomas frecuentes.
- **Consolar:** Hacer resúmenes, devolver, parafrasear.

*Evaluar si hay presencia de otro trastorno asociado (depresión , ansiedad, sustancias, suicidio)

Determinar si requiere evaluación psicológica completa

Sí

Referir al usuario al lista de lugares de canalización.

No

Monitorear otras problemáticas en los siguientes meses (sintomatología depresiva, ansiedad, ideación suicida, consumo de sustancias)

Brigada de Primeros Auxilios Psicológicos de la Carrera de Psicología, UNAM FESI (2017)

Estrés agudo

I. Introducción

- Se sabe que después de las primeras 48-72 horas un grupo de personas puede presentar síntomas de respuesta al estrés especialmente después de un evento altamente traumático como un desastre natural. No es necesario que la persona presente todos los síntomas, sin embargo es importante compartirle que sería normal, como parte del proceso de recuperación, sentir algunos de ellos.
- El primer síntoma se denomina **intrusión**, el cual se caracteriza porque la persona recuerda constantemente el evento a lo largo del día, incluso de la noche. Puede ser catalogado no solamente como un recuerdo, sino como una re experimentación en donde algunas personas sienten que lo vuelven a vivir, muestran síntomas de mucha activación y sensación de una necesidad de escapar.
- El segundo síntoma es la **disociación**. Tiene que ver con que las personas cuando viven un evento altamente estresante que se caracteriza por causar muchas emociones en los individuos y dificultad para procesar una gran cantidad de información, obliga a que las personas tengan un sesgo al momento de recuperar la experiencia completa, pues durante el eventocognitivamente hay un distanciamiento de la realidad. Suelen desconectarse por momentos o manifestar que olvidan parte del recuerdo. Es común que al preguntarles a las personas no recuerden pedazos de la historia que vivieron.
- El tercer síntoma es la **evitación**. Es comprensible que después un evento altamente estresante como un desastre natural, o un evento violento las personas no quieren recordar lo que ocurrió: pasar por el mismo lugar, ponerse la misma ropa, oler o sentir cualquier estímulo asociado al evento traumático, ver t.v,´platicar del evento.
- Asimismo, es común que después un evento altamente estresante las personas presenten síntomas de sobre saltp, un alto nivel de reactividad a estímulos que en ese momento consideran que podrían ponernos en peligro. Finalmente después de un desastre natural es común encontrar que las personas tienen un **ánimo negativo**.
- Se espera que la mayoría de las personas, casi el 70%, después de haber vivido un desastre natural o un evento altamente traumático salgan adelante con sus propios recursos, particularmente si cuentan con una buena red de apoyo social, y no tienen factores hereditarios que los vuelvan vulnerables.

II. Objetivo

- El objetivo de este ejercicio es que la persona reciba información sobre qué es el estrés postraumático, que ayuda a normalizar los síntomas.

(Fan, Long, Zhou, Zheng & Liu, 2015)

ESTRÉS AGUDO

(48 horas hasta 4 semanas)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. **Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional**
2. **Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)**
3. **Desrealización**
4. **Despersonalización**
5. **Amnesia disociativa** (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es **reexperimentado** persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. **Evitación** acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de **ansiedad o aumento de la activación** (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

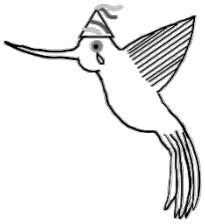
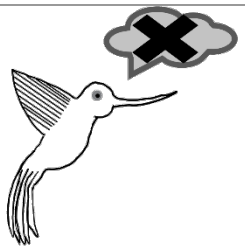
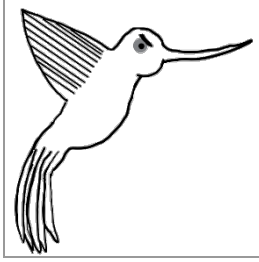
G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

EJERCICIO DE ESTRÉS AGUDO

Coli, el colibrí tiene estrés agudo, esto le ocurrió después de que alguien la atrapó y la encerró en una jaula, por suerte ella logró salir de ahí y ahora nos cuenta como se ha sentido, para que después tú le cuentes como te has sentido.

COLI	YO
Juego casi diario a que me encierran en una jaula.	
Me cuesta mucho poder dormir y cuando lo logro tengo muchas pesadillas que no me dejan dormir.	
Aunque me pasen cosas buenas no me pongo feliz. 	
A veces siento que todo va más lento.	
Trato de no pensar en nade lo que me sucedió. 	
 *Estoy molesta y en ocasiones golpeo cosas o a mis amigos colibríes.*	

Respiración Diafragmatica

I. Introducción

- Por excelencia un evento altamente estresante cambia las respuestas fisiológicas, especialmente la respuesta respiratoria que puede ser voluntaria o involuntaria. En este sentido, una de las habilidades con las que puede contar un usuario es hacer ejercicios de respiración que le ayuden a estabilizar el malestar físico y emocional. Sugerimos que el psicoterapeuta solicite al usuario colocar una mano en su pecho y la otra mano en su abdomen para distinguir la respiración torácica de la diafragmática. La respiración diafragmática se realiza intentando llenar de aire los pulmones hasta el abdomen y haciendo respiraciones profundas en comparación con la respiración torácica que es más superficial. Se recomienda pedir al usuario intentar mover su mano usando este tipo de respiración inhalando en cuatro segundos, haciendo una pausa de dos segundos y exhalando en ocho segundos. Este ejercicio promueve una respiración calmada, profunda.
- La lógica de que la exhalación tome el doble del tiempo que la inhalación tiene que ver con que muchas de las veces los síntomas de ansiedad hacen que las personas hiperventilen y puedan presentar incluso un ataque de pánico. Se sugiere recomendar al usuario llevar un autoregistro del numero de respiraciones por minuto para solamente notar que el malestar emocional tiende a incrementar su número de respiraciones, y los ejercicios de respiración diafragmática tendrán un efecto directo en el número de respiraciones por minuto.

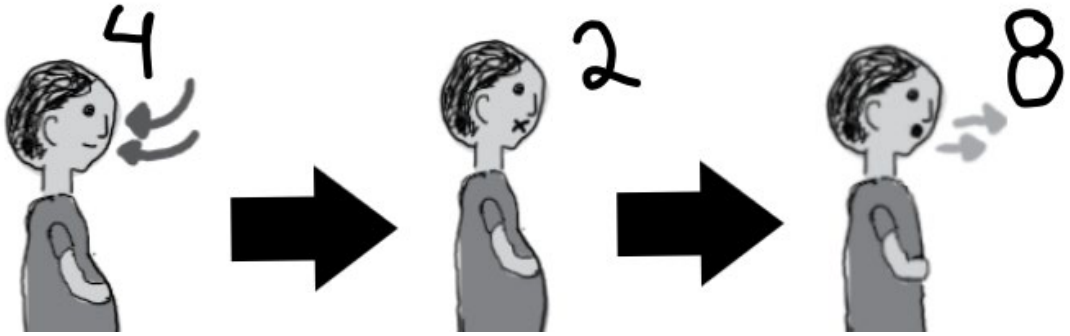
II. Objetivo

- El objetivo del presente ejercicio es entrenar al usuario en utilizar la respiración diafragmática, en el formato 4-2-8.

(Smith, 2009).

EJERCICIO DE RESPIRACIÓN

4-2-8



1. Coloque una mano en el pecho y otra en el abdomen.
2. Inhale durante 4 segundos, por la nariz.
3. Detenga el aire 2 segundos.
4. Exhale por la boca durante 8 segundos, relaje sus hombros y espalda.

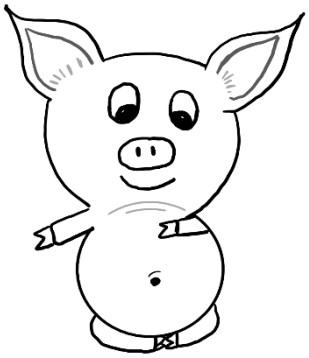
Anote sus respiraciones por minuto, durante cinco días cuando este relajado

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

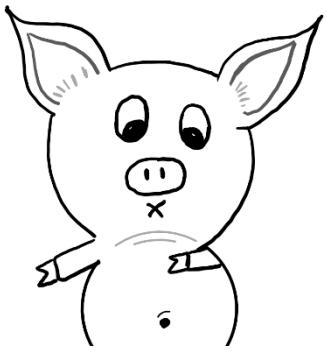
RESPIRACIÓN 4-2-8

Trompis, el cerdito, solía ponerse ansioso, lo que hacía que no pudiera salir a jugar con los demás cerditos. Como esto no le gustaba buscó la forma de cambiarlo. Ahora cuando se siente ansioso solo debe recordar su pequeña fórmula secreta, la cual ha decidido explicarte.

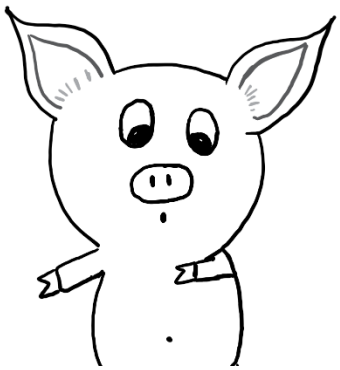
4 - 2 - 8



*Primero me pongo cómodo, coloco mi mano sobre mi panza para notar como se infla cuando respiro. Comienzo a tomar aire como si quisiera oler las flores, contando **4** segundos.*



*Después durante **2** segundos no dejo que se escape nada de aire.*



*Finalmente saco lentamente durante **8** segundos todo el aire que se había quedado en mi panza, como cuando intentó apagar las velitas del pastel.*

(Smith, 2009).

Estrés

I. Introducción

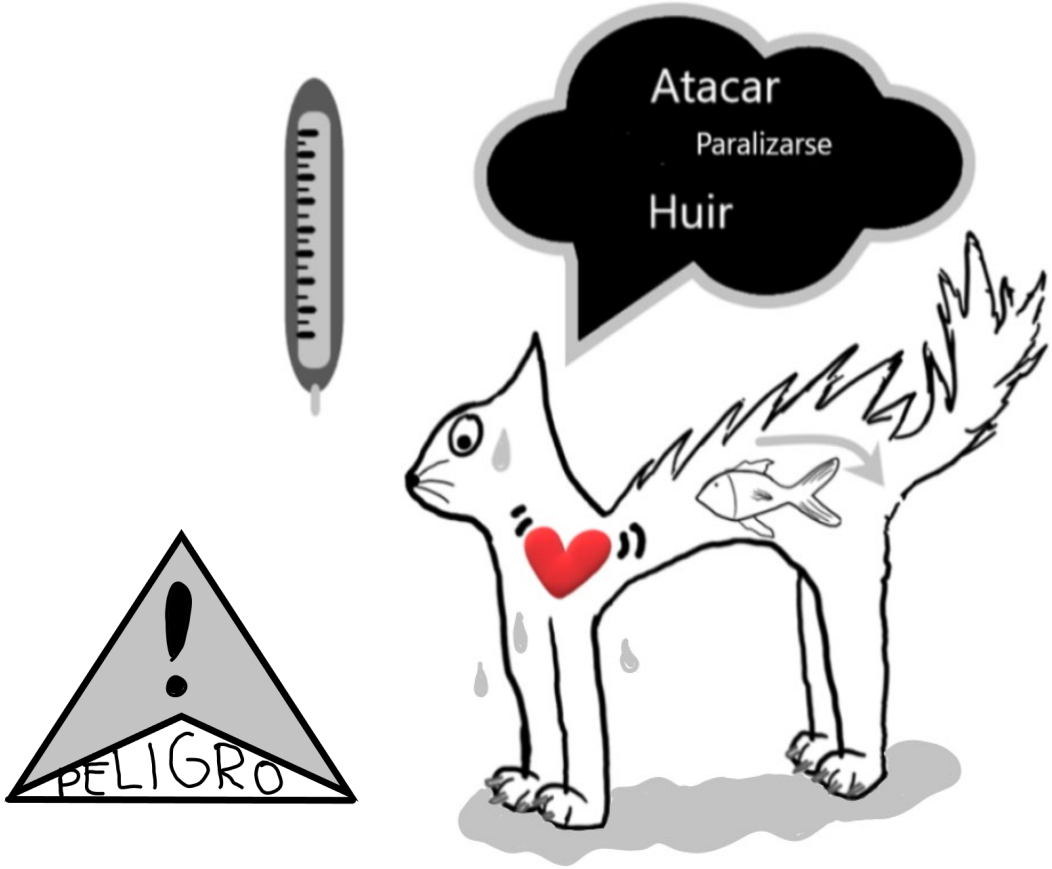
- El estrés está compuesto de una serie de reacciones ante situaciones amenazantes. Los desastres naturales por excelencia generan estrés en la población. Indicadores de estrés pueden ser el elevado ritmo cardiaco, la hiperventilación, cambios en la temperatura corporal, sudoración, entre otros. Cuando una persona siente que su vida está en riesgo, o se somete de manera crónica a estresores, los síntomas pueden incluso detener el crecimiento, la reproducción, y causar incapacidad para concentrarse, organizarse, trabajar, aprender, y disfrutar de la vida en algunas personas se presenta temblor en las piernas, manos, dificultad para respirar, mareo y hormigueo (Sapolsky, 2007). Se habla de un modelo de afrontamiento ante el estrés en el cual hay tres momentos (Meichembaum, 1987; Selye, 1960; Cannon, 1916). El primero tiene que ver con la **evaluación** en donde el individuo compara sus habilidades contra las de la adversidad, y decide si puede afrontar el evento o debe huir, en casos muy dramáticos, la persona se queda congelada. Un segundo momento del **afrontamiento** ante el estrés tiene que ver con que el individuo que ha decidido afrontar puede ir monitoreando los resultados que va obteniendo. El tercer y último momento tiene que ver con la **autoevaluación**, en donde las personas determinan que tanta eficacia tuvieron al enfrentarse a la adversidad. En estos tres momentos el psicoterapeuta explicará al consultante las respuestas físicas, conductuales, y las cogniciones o pensamientos asociados al evento altamente estresante. Todo el tiempo durante el ejercicio transmitirá un discurso de que la gran mayoría de las personas tienen fortalezas para enfrentar el estrés, y que el estrés, cuando es positivo (eustres), optimiza nuestra capacidad para resolver problemas, agudiza nuestra atención, y nos puede volver más eficaces. Sin embargo hay un estrés que es negativo, denominado distrés en donde podemos ver disminuidas nuestras habilidades para enfrentar un problema y las emociones nos desbordan. En este sentido en situaciones de estrés extremo muchas personas tienden a paralizarse, por la emoción, otras emplean un estilo de afrontamiento dirigido a la solución de problemas.
- Los desastres naturales que no son causados por errores humanos, se caracterizan por ser vividos con mayor apego social, pero la sensación de falta de control activa la respuesta de estrés, ansiedad, y desesperanza.

II. Objetivo

- El objetivo de este ejercicio es que el consultante conozca en qué consiste el estrés y sus componentes cognitivos, fisiológico, y conductual.

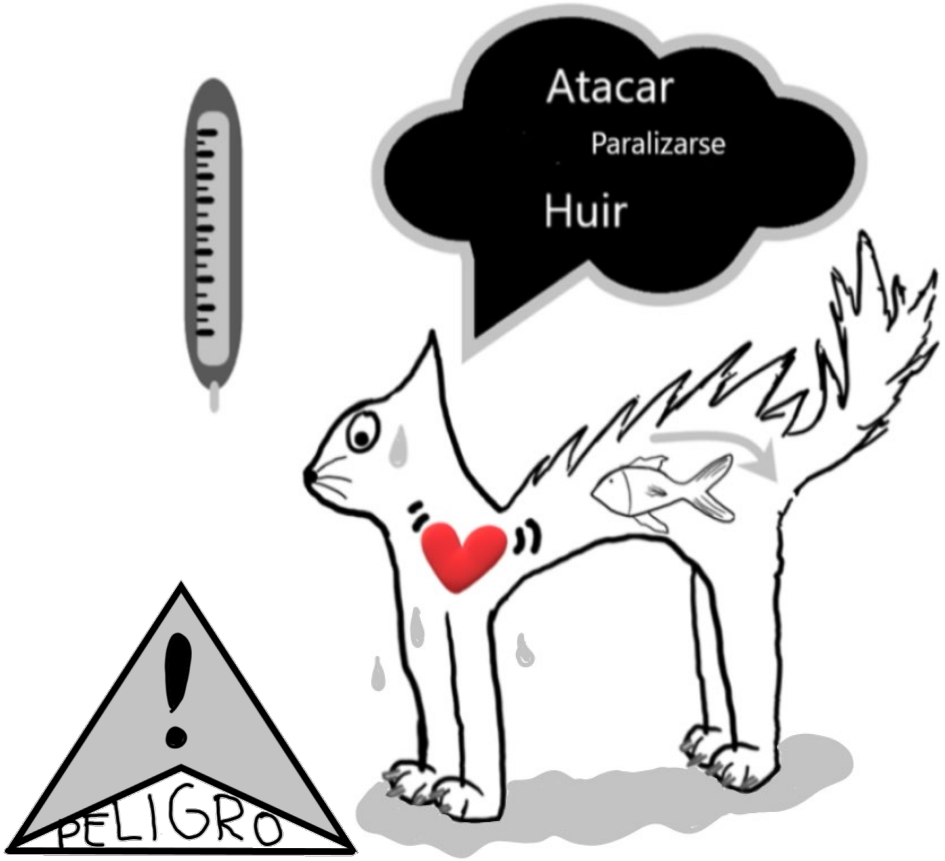
¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

La gatita Lucy sabe que cuando nos encontramos en una situación que consideramos peligrosa o difícil, nuestro cuerpo tiene distintas reacciones. Cuando ella se estresa siente como su cuerpo se comienza a preparar para una de las tres posibles opciones: atacar, paralizarse o huir; para esto el corazón comienza a latir más rápido, se cancela el hambre y si la panza o la vejiga están llenas podrían vaciarse, así como también darían ganas de orinar urgentemente; se comienza a sudar y la temperatura del cuerpo baja, por lo que es común sentir las manos frías. El puntito negro del ojo (la pupila) se hace grande para poder ver mejor. Para que puedas visualizarlo Lucy ha dejado un dibujo de como se ve estresada:



EJERCICIO ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

La gatita Lucy ya nos ha explicado cómo vive ella el estrés. Quiere que tu hagas un dibujo para que le expliques qué es lo que sientes cuando estás en una situación que te parece difícil o peligrosa.



Lista de Eventos Altamente Estresantes

I. Introducción

- Frecuentemente nos encontramos con que las personas que han vivido un desastre natural o un evento altamente estresante, también han vivido a lo largo de su vida, y particularmente en los últimos meses, otros eventos estresantes que los ponen en mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa. Por lo tanto es sumamente importante que el psicoterapeuta conozca a que eventos altamente estresante se ha enfrentado el usuario a lo largo de su vida, y en los últimos tiempos. Hace falta mencionar que existen escalas de eventos vitales altamente estresantes tanto para niños como para estudiantes y adultos. Y deberá de usarse la escala que sea conveniente con base al momento del desarrollo en que se encuentra el usuario. Se sabe que lejos de que las personas que se han enfrentado a más eventos estresantes sean más fuertes, la resiliencia tiene que ver con haber vivido bajas dosis de eventos altamente estresantes en la infancia (Masten, 2001). Usualmente este autor emplea la metáfora de las vacunas para explicar a los usuarios la importancia de haber vivido eventos estresantes. Funciona como cuando nos vacunan lo cual nos permite generar anticuerpos para prevenir futuras enfermedades. Asimismo los eventos estresantes nos ayudan a generar habilidades y recursos para eventos futuros, sin embargo las personas que han vivido más eventos estresantes estab en mayor riesgo de presentar malestar emocional.

II. Objetivo

- Del presente ejercicio es determinar a cuántos eventos altamente estresantes, además del desastre natural, se ha enfrentado el usuario, en un segundo momento intentar identificar como los eventos altamente estresantes han ido transformando la concepción que tiene el usuario de sí mismo y sus habilidades, de los demás y del futuro.

LISTA DE EVENTOS ALTAMENTE ESTRESANTES

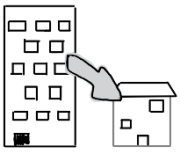
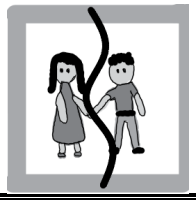
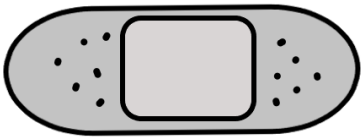
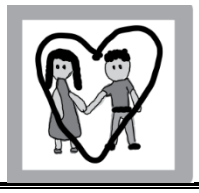
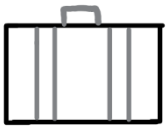
Coloque una ✓ frene a aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año:

Suceso estresante	✓	Suceso estresante	✓
1.Muerte del conyugue		23.Cambio de responsabilidad en el trabajo	
2.Divorcio		24.Hjo o hija que deja el hogar	
3.Sepración matrimonial		25.Problemas legales	
4.Encarcelación		26.Logropersonal notable	
5.Muerte de un familiar cercano		27.La esposa comienza o deja de trabajar	
6.Lesión o enfermedad personal		28.Commienzo o fin de escolaridad	
7.Matrimonio		29.Cambio en las condiciones de vida	
8.Despido del trabajo		30.Revisión de hábitos personales	
9.Paro		31.Problemas con el jefe	
10.Reconciliación matrimonial		32.Cambio de turno o de condiciones laborales	
11.Jubilación		33.Cambio de residencia	
12.Cambio de salud de un familiar		34.Cambio de negocio	
13.Drogadicción y/o alcoholismo		35.Cambio de actividad de ocio	
14.Embarazo		36.Cambio de actividad religiosa	
15.Dificultades o problemas sexuales		37. Cambio de actividades sociales	
16.Incorporación de un nuevo miembro a la familia		38. Cambio de hábito de dormir	
17.Reajuste de negocio		39. Cambio en el número de reuniones familiares	
18.Cambio de situación económica		40.Cambio de hábitos alimentarios	
19.Muerte de un amigo íntimo		41.Vacaciones	
20.Cambio en el tipo de trabajo		42.Navidades	
21. Mala relación con el cónyuge		43.Leves transgresiones de la ley	
22. juicio por crédito o hipoteca		Total de respuestas marcadas:	

(Holmes & Rahe, 1967).

¿QUÉ ME PASÓ EN EL ÚLTIMO AÑO?

Dibuja una ✓ frente a las cosas que te hayan pasado este año.

Suceso estresante	✓		✓
1.Muerte de un familiar o conocido.		7.Me mudé de casa. 	
2.Divorcio de mis papás. 		8.Perdí mi juguete favorito.	
 3. Lastimarme o enfermarme.		9.Duermo a horas diferentes.	
4. Reconciliación de mis papás. 		10.Hubo un cambio en lo que como.	
5.Tener un nuevo hermanito.		11.Salí de vacaciones. 	
6.Empecé a ir a la escuela.		12.Celebré navidad.	

Total de respuestas marcadas:_____

(Coddington, 1972).

Planeación del tratamiento.

I. Introducción

- A continuación presentamos un esquema sesión por sesión de la recomendación para tratar a una persona que ha vivido un evento altamente estresante como el sismo. La primera fase del tratamiento tendrá que ver con dar primeros auxilios psicológicos y monitorear el caso durante los siguientes meses. Una vez que se ha establecido el diagnóstico de estrés postraumático, utilizando instrumentos válidos y confiables, adaptados para población mexicana, se sugiere comenzar dando Psicoeducacion sobre el transtorno. El psicoterapeuta deberá de explicar cada uno de los síntomas de estrés postraumático, para poder dar paso a la construcción de jerarquías de situaciones que ha estado evitando a partir del evento. Acto seguido se le expondrá el modelo de la terapia de exposición, así como los principios generales de la terapia cognitivo conductual. Durante las siguientes sesiones se propone utilizar la terapia de exposición prolongada exponiendo en la imaginación a las personas al evento traumático dando paso a exponer en una segunda fase a la escena más dolorosa o más desagradable de recordar. Durante toda la exposición el psicoterapeuta estará preparado para desmenuzar las creencias centrales que se activaron durante el evento traumático, identificar los pensamientos distorsionados y hacer una restructuración de ellos. En caso de encontrar sintomatología depresiva o ideación suicida se sugiere utilizar técnicas de activación conductual, relajación, un plan de seguridad. Por último el consultante deberá trabajar la resiliencia partiendo de las atribuciones pesimistas que ha presentado, cambiando las por unas más optimistas, para terminar poniendo por escrito los recursos con los que cuenta la persona para salir adelante, y que le han ayudado a sobreponerse a las adversidades en el pasado.

II. Objetivo

- El objetivo de esta actividad es presentar la intervención estándar para atender estrés postraumático y resiliencia después de un desastre natural.

PLAN DE TRATAMIENTO TEPT

Número de sesión	Objetivo	Tarea
1	Entrevista inicial KSADS /MINI / TQ	Datos generales, Consentimiento informado, límites de la confidencialidad
2	Exposición del modelo.	Infografía
3	Jerarquía de situaciones evitadas	Pensar en más situaciones, estímulos, personas evitadas
4	Primera exposición, desmenuzar / Terapia Narrativa para TEPT	Exposición en vivo en casa, escuchar relato.
5-9	Exposición.	Exposición en vivo en casa, escuchar relato.
9-16	Exposición puntos álgidos, desmenuzar.	Exposición en vivo en casa, escuchar relato.
17	Exposición narración completa	

Estrés postraumático

I. Introducción

- Después de un mes de un evento altamente estresante, y hasta después de tres meses un grupo de personas siguen teniendo síntomas muy intensos de ansiedad, frecuentemente se trata de personas que tuvieron trastorno por estrés agudo y no han logrado recuperarse. A pesar de sus esfuerzos por continuar con su vida cotidiana, los cuatro bloques de síntomas persisten y les generan dificultades en lo académico, en lo laboral, y familiar. En este sentido las personas que cumplen con el criterio de vivir algún evento que ha puesto en riesgo su vida o así lo percibieron, presentan síntomas de intrusión, evitación, disociación, hiper activación, y ánimo negativo.
- Es como si una parte de su razonamiento no puede comprender lo que pasó, y se hace preguntas como: ¿por qué a mí?, ¿por qué ese día?, ¿por qué no podía hacer nada?, ¿por qué no pude detenerlo?, ¿qué hubiera pasado si...?, etc. Intenta darle lógica a este evento y colocarlo en el lugar que corresponde, como una experiencia más de su vida pero otra parte de su razonamiento no quiere recordar el evento, y después de meses sigue evitando hablar de él, y cualquier estímulo relacionado que pueda causarle síntomas de ansiedad.
- En este intento por un lado, de darle lógica la situación, y por otro lado de evitar cualquier estímulo asociado al evento, probablemente se dificultó el procesamiento emocional de la experiencia.
- Tres metáforas son útiles para intentar explicar al consultante lo que probablemente ha estado viviendo. La primera tiene que ver con un armario, al que se le siguen metiendo cosas y sus puertas se abren a punto de reventar, por el desorden que presenta. Lo mejor sería sacar todas las cosas del armario ordenarlas, decidir aquellas que se van a desechar, e intentar reorganizar el contenido del armario.
- Una segunda metáfora que es útil especialmente para los niños, tiene que ver con que cuando una persona come algo que le hace daño hace que se sienta mal, que le duele el estómago que sienta fiebre, y que el vómito, es decir sacarlo todo, le ayuda a sentirse mejor.
- Una tercer idea que se puede explicar a los consultante es la que tiene que ver con que aveces cuando vivimos un evento traumático parece que la escena de una película se proyecta una y otra vez en nuestra cabeza sin que la podamos controlar. Es entonces cuando usando la terapia de exposición el consultante a través de la narración repetida del evento traumático hará un ejercicio similar al de proyectar la película de principio a fin, y decidir en qué momento la ponen pausa, o la traza para comprender bien la escena.
- Éste será el preámbulo para explicarle la utilidad de la psicoterapia de exposición prolongada para atender el estrés postraumático.

II. Objetivo

- El objetivo de esta actividad es que el consultante conozca los síntomas estrés postraumático y los mecanismos para que se haya complicado la recuperación después de un desastre natural como un sismo.

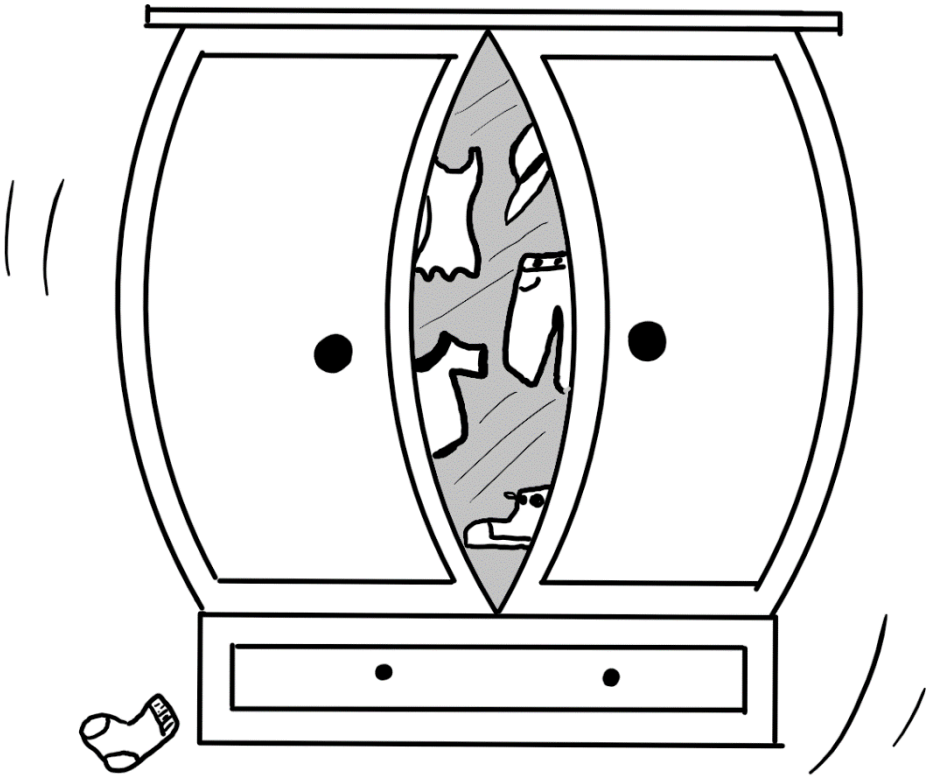
IZTACALA

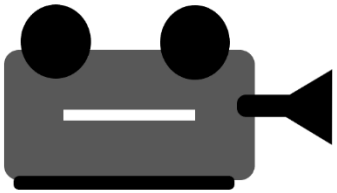
CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

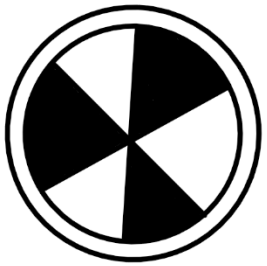
CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

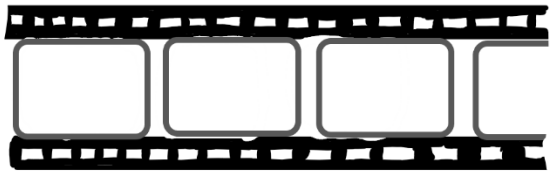
CREAS
Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio

EVITACIÓN Y HABITUACIÓN









SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

A. **Exposición** a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de **intrusión** siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).

C. **Evitación** persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes.

D. **Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo** asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes.

E. Alteración importante de la **alerta** y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes.

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

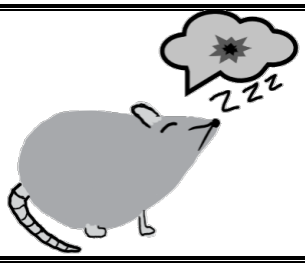
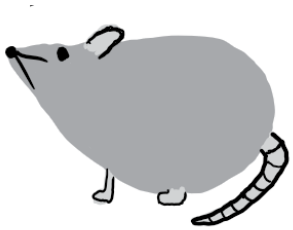
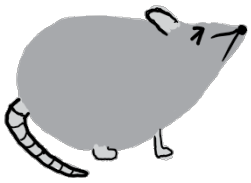
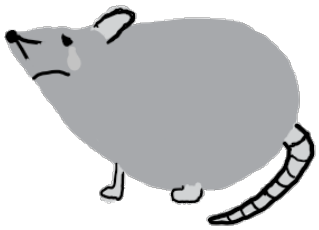
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

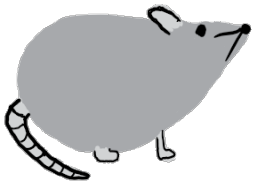
SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El pequeño ratón Orejín pasó por un momento difícil. Cuando iba hacia su casa quedó atrapado en una trampa, por suerte alguien lo rescató. Después de esto, Orejín empezó a sentirse diferente, te contará como se siente para que después tú puedas decir cómo te sientes.

1		*Tengo sueños en los que veo de nuevo como quedo atrapado.*
2	*Tengo muchos recuerdos de la nada.*	
3		*Ya no uso mi playera favorita, porque la tenía puesta ese día.*
4	*Me asusto con más facilidad que antes, y más aún si sucede algo que me recuerde cuando quedé atrapado.*	
5		*Estoy triste todo el tiempo*

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

EJERCICIO ESTRÉS POSTRAUMÁTICO



Orejín quiere saber qué te ha pasado a tí, por eso te deja estos espacios para que también hagas tus dibujos. Puedes usar las nubecitas para escribir que paso por tu mente o que pensaste, puedes dibujar más si las necesitas. También puedes incluir que sentías en tu cuerpo.

1	
2	
3	
4	
5	

Línea del tiempo

I. Introducción

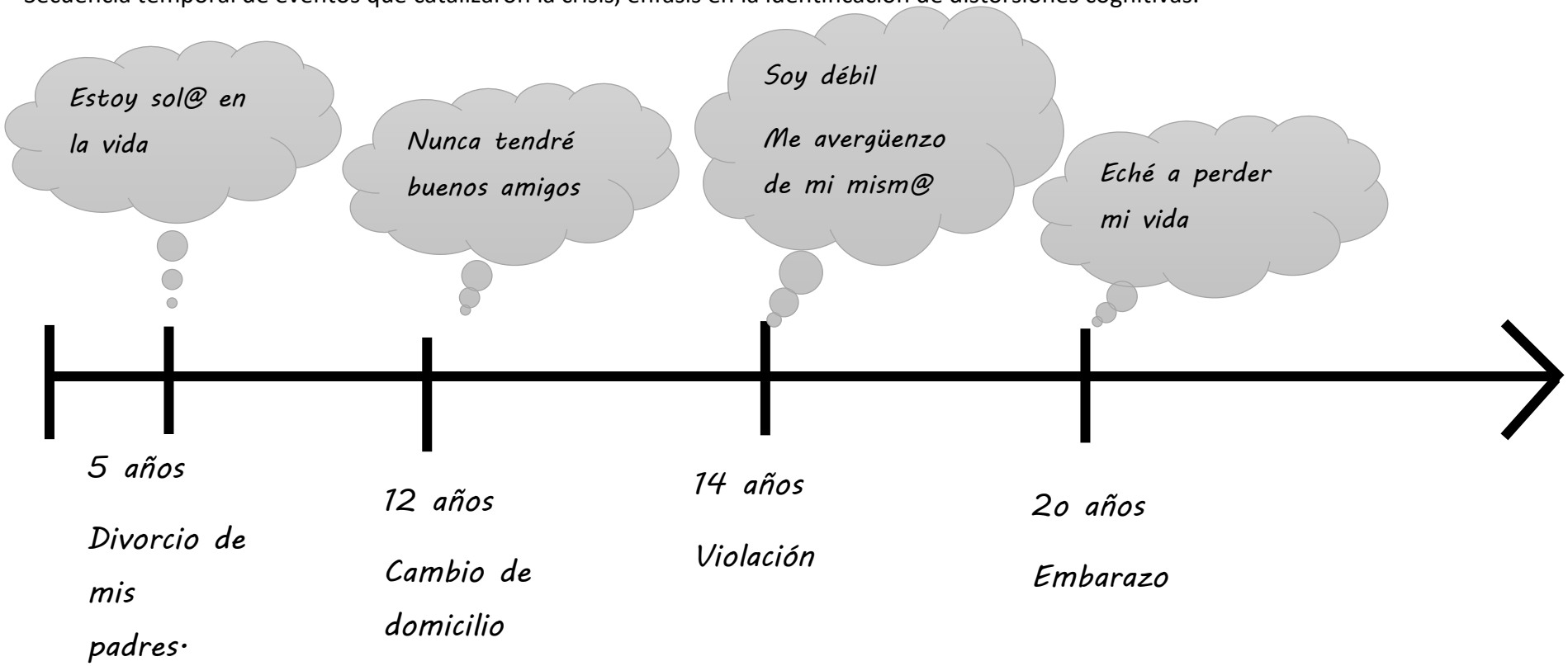
- Es útil que las personas identifiquen a lo largo de la vida, y particularmente durante los últimos meses, además del evento traumático reciente vivido eventos altamente estresantes.
- El evento traumático reciente puede activar creencias que tienen una historia en la vida de los individuos. El psicoterapeuta apoyará a la persona a identificar estas situaciones de riesgo, y a poner enfásis en las creencias que aparecieron y se han seguido alimentando a lo largo de los años. Es común encontrar personas que tienen antecedentes de haber vivido violencia intrafamiliar, o abuso sexual, en donde desarrollaron una creencia distorsionada de sí mismos, del futuro, y de los demás. Es entonces cuando el evento traumático reactiva estas creencias y que el psicoterapeuta intentará demostrar a la persona que muchas de las veces estas creencias son fruto de la confusión asociada a los eventos estresantes. Es común confundir el grado de control o de responsabilidad que se tenía sobre el evento, así mismo es frecuente a la distancia evaluar negativamente el desempeño de uno mismo durante la situación estresante. El psicoterapeuta apoyado en la triada cognitiva intentará indagar junto con la persona la visión de él o ella misma, la visión del futuro, y la visión de los demás a partir de los eventos altamente estresantes. Pondrá especial atención en los pensamientos, creencias, actitudes, y supuestos lógicos a los que llegó la persona y que serán trabajados en la psicoterapia. Ejemplos de estos pensamientos son: debí de haber prevenido esto, soy débil, es horrible no poder hacer nada, si actúas mal una vez, te condenas para siempre, las personas te abandonan, si no puedes hacer nada entonces la vida no vale la pena, etc. Es útil recordar a la persona que estas creencias también tienen un componente de aprendizaje al interior de la familia

II. Objetivo

- El objetivo Del presente ejercicio es que la persona logre identificar las creencias sobre sí mismo el futuro de los demás que aparecieron y siempre activado en los eventos altamente estresantes.

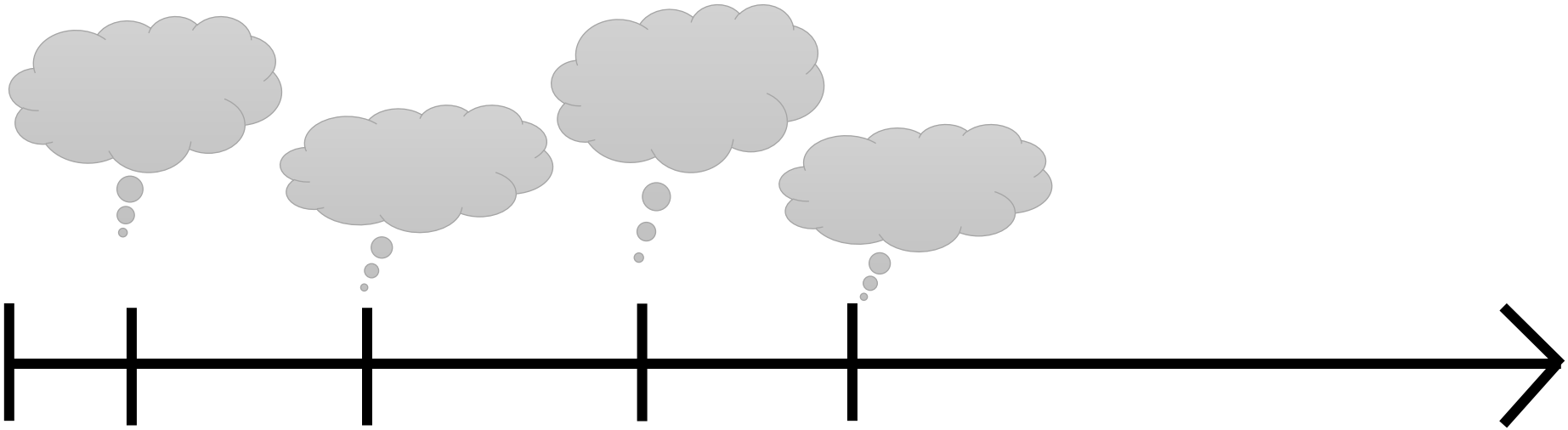
EJERCICIO LÍNEA DEL TIEMPO, EJEMPLO

Secuencia temporal de eventos que catalizaron la crisis, énfasis en la identificación de distorsiones cognitivas.



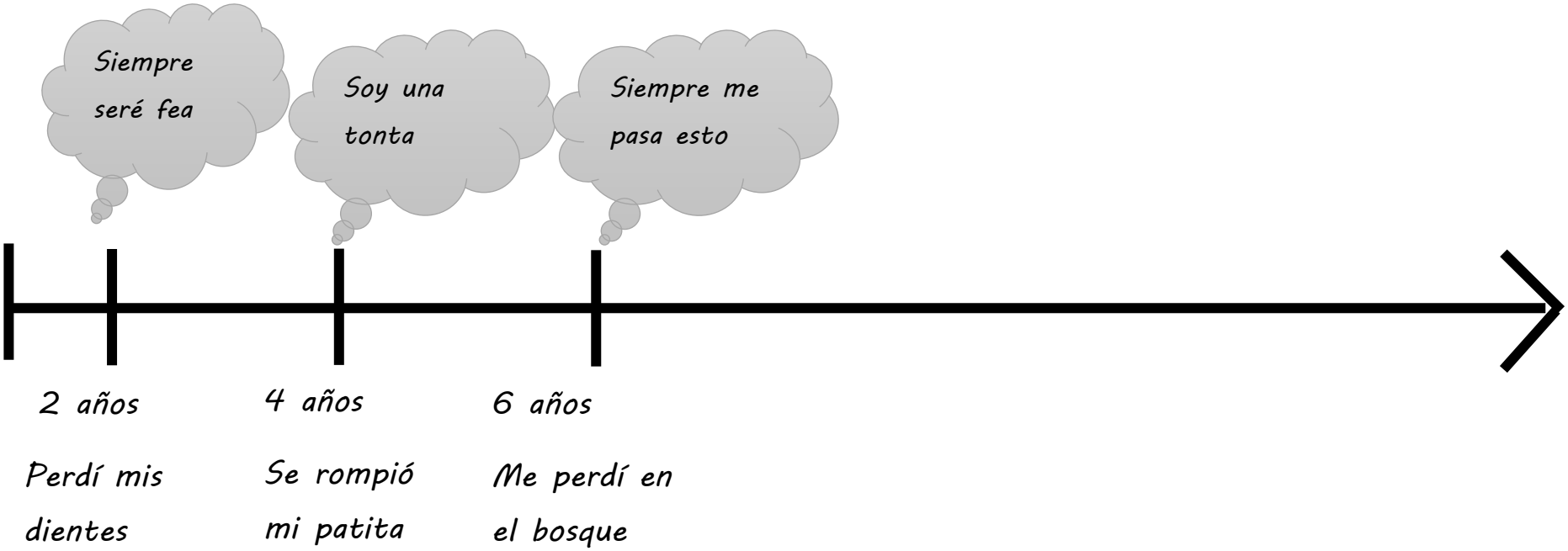
EJERCICIO LÍNEA DEL TIEMPO

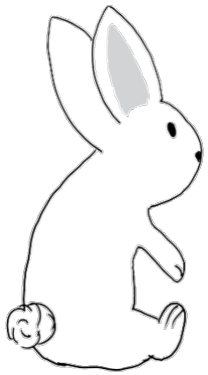
Ahora usted haga su propia secuencia de eventos, use las nubes de pensamientos para anotar lo que paso por su mente en ese momento y los globos de dialogo para anotar lo que sucedió, si necesita más nubes o globos puede dibujarlos.



EJERCICIO LÍNEA DEL TIEMPO, EJEMPLO

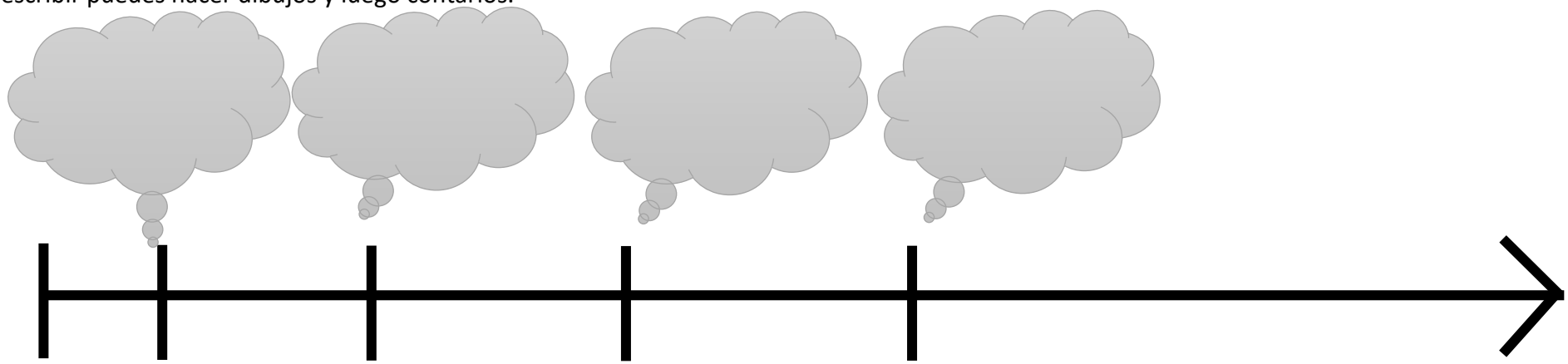
Boni la coneja algunas veces tiene días complicados. En estos casos suele hacer una línea del tiempo para ver que sucedió, que es lo que ella hizo o pensaba.

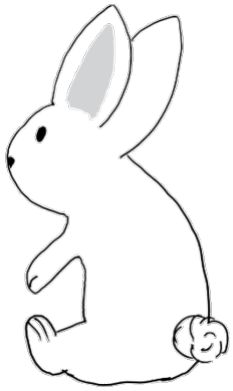




EJERCICIO LÍNEA DEL TIEMPO

Ahora te toca a ti contarle a Boni los eventos difíciles a los que te has enfrentado en los últimos meses, usa los espacios que necesites, si no sabes escribir puedes hacer dibujos y luego contarlos.





Jerarquía de evitación

I. Introducción

- Después de un evento altamente estresante o traumático como un desastre natural, es común que las personas comiencen a evitar estímulos asociados al evento inclusive hablar de el o recordarlo. La terapia de exposición tiene como hipótesis central que si la persona tiene contacto con estos estímulos de manera gradual y de manera repetida logrará activar el miedo y poco a poco comenzará habituarse a las sensaciones desagradables que generan la ansiedad. En el presente ejercicio las situaciones, personas, o estímulos asociados al evento altamente estresante que la persona ha estado evitando en un intento por tomar distancia del malestar que le ha generado. Junto con el psicoterapeuta construirá en una jerarquía en donde las situaciones van de un rango 0 - 10 en el que cero significa ningún síntoma de ansiedad y 10 significa el nivel más alto de ansiedad que ha tenido el usuario en su vida. Esta jerarquía será útil para que de forma gradual, semana, por semana el usuario pueda irse exponiendo en vivo a esta situación es en la medida de lo posible.

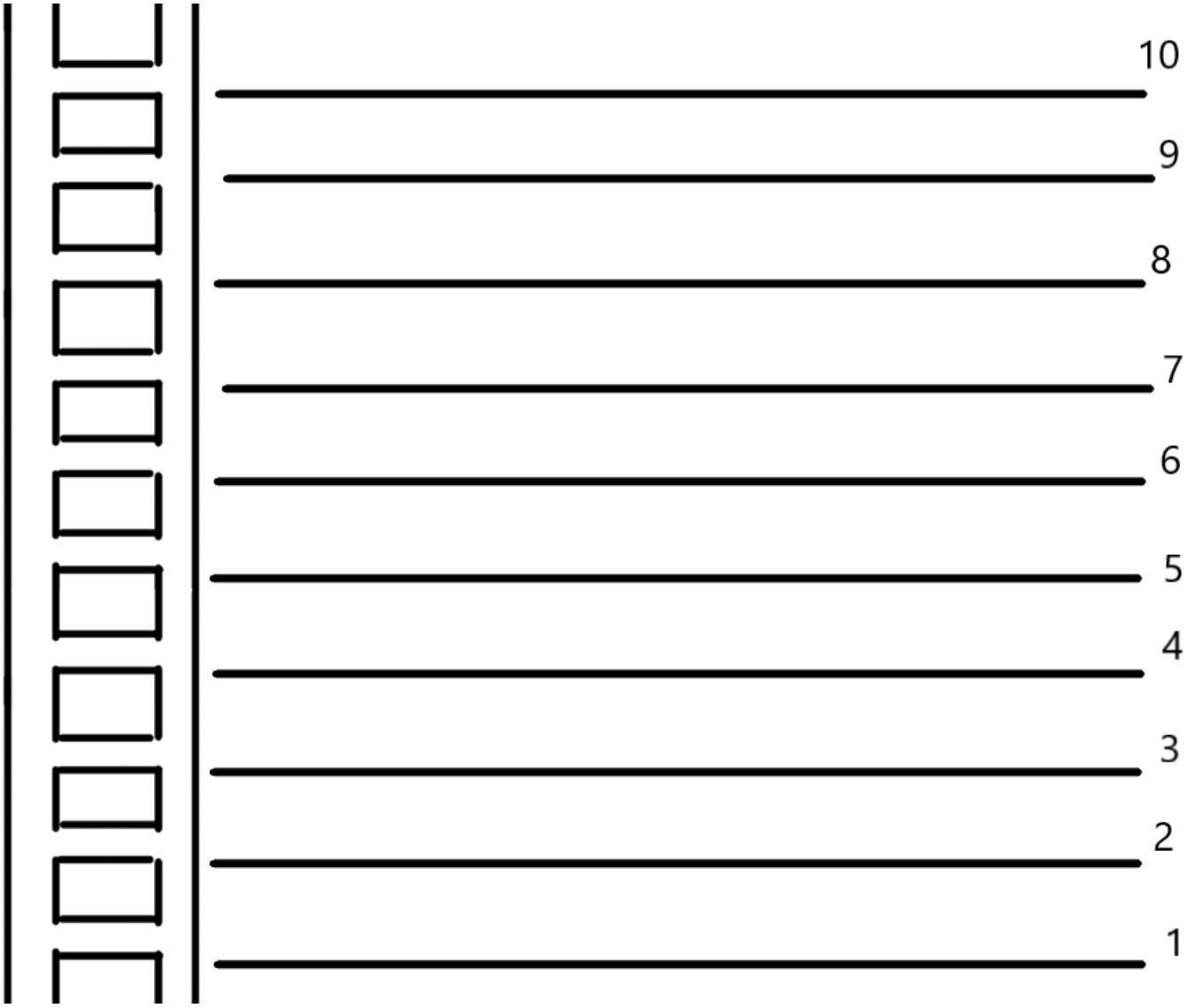
II. Objetivo

- El objetivo del presente ejercicio es que el usuario construya la jerarquía de situaciones que ha evitado a partir del evento traumático.

JERARQUÍA DE MIEDOS

A continuación encontrará una escalera que le ayudará a definir los lugares, situaciones y actividades que le generan miedo y conductas de evitación. Puede llenarla de abajo hacia arriba comenzando con las cosas que no le causan nada de miedo e ir avanzando hasta las que evita completamente porque le causan terror. Esta jerarquía se trabajará para ir exponiéndolo poco a poco a partir de la mitad de la escalera.

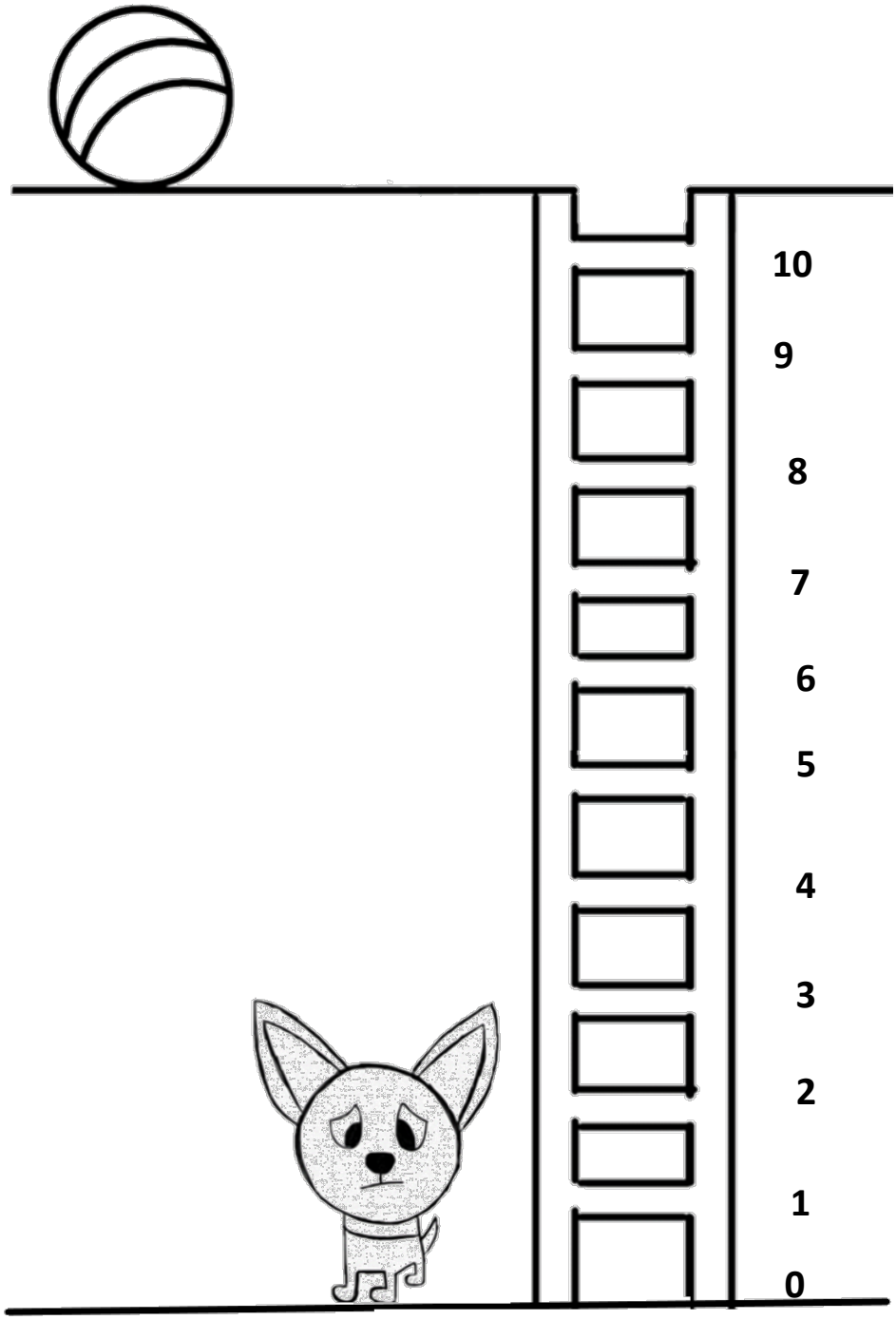
(1 no le representa gran temor,10 le causa el máximo de miedo)



(Foa, Chrestman & Gilboa, 2008).

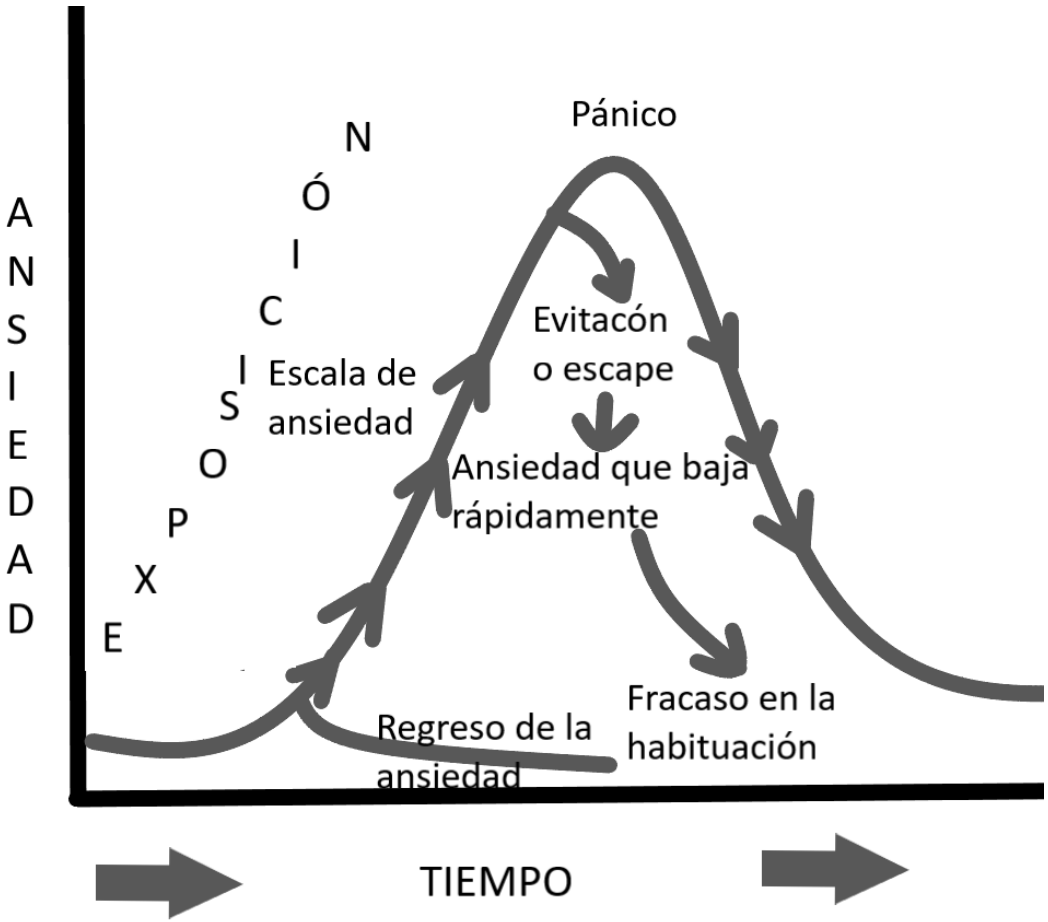
EJERCICIO ESCALERA DEL MIEDO

Ayuda a Ansi, el chihuahua, describir, usando la escalera del miedo, todas las cosas que tuvo que hacer para alcanzar su pelota y lo que fue pasando por su mente en cada escalón. Dibuja cómo crees que se siente antes de subir cada escalón



(Foa, Chrestman & Gilboa,2008).

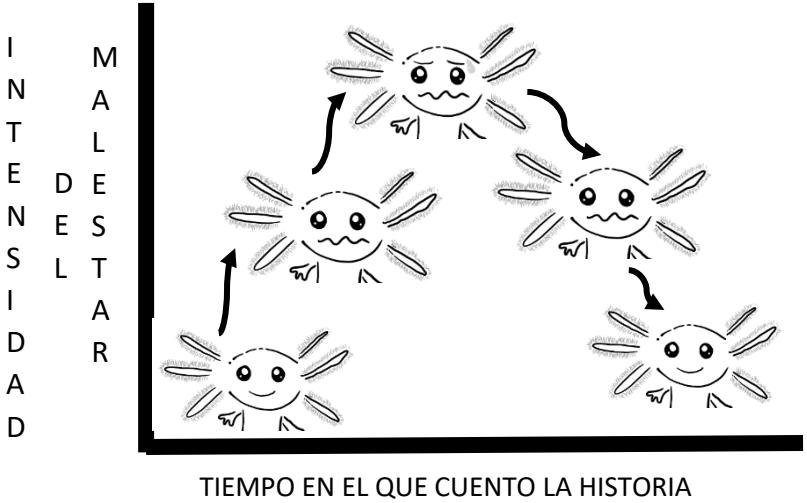
EL CIRCULO VICIOSO DE LA EVITACIÓN



(Wagner, 2013).

RECORDAR NO ES MALO

Cuando hablamos o recordamos aquello que nos causó mucho malestar solemos tener de nuevo sensaciones desagradables. Pero si lo recordamos o hablamos varias veces y no olvidamos que los recuerdos no pueden hacernos daño, las sensaciones desagradables comienzan a reducirse. Iván el ajolote ya ha hecho esto antes y te va a mostrar cómo se siente con el paso el tiempo.



Como puedes notar, antes de contarlo me siento bien, y cuando empiezo a hablar siento malestar, en un momento de la historia este es más intenso, pero como los recuerdos no pueden dañarme comienzo a sentirme mejor.

FORMA DE REGISTRO DE LA TAREA DE EXPOSICIÓN IMAGINARIA

Nombre:_____Fecha:_____

Instrucciones: Por favor recuerda tus Unidades Subjetivas de Ansiedad y califícalas en una escala de 0 -100 (donde 0 =no sientes ningún malestar y 100 = tienes un malestar máximo, ansiedad y pánico) antes y después de que escuches la cinta y te hayas imaginado la situación.

Cinta #:_____

Fecha y hora				
Unidades Subjetivas de Ansiedad Antes				
Unidades Subjetivas de Ansiedad Después				
Unidades Subjetivas de Ansiedad Punto máximo				

(Foa, Chrestman & Gilboa, 2008).

TAREA: SESIÓN 3-10

Nombre:_____Fecha:_____

Terapeuta:_____ Sesión:_____

1. Continuar practicando la respiración
2. Escuche la cinta de audio de exposición al menos una vez al día, utilizando la exposición imaginaria y califique sus Unidades Subjetivas de Ansiedad
3. Continúe con los ejercicios de exposición en vivo, trabajando en los niveles de jerarquía de las Unidades Subjetivas de Ansiedad:

_____

_____

_____

_____

_____

Escuche la cinta de audio de la sesión una vez:

_____

(Foa, Chrestman & Gilboa, 2008).

FORMULARIO DE REGISTRO DE TAREAS DE EXPOSICIÓN EN VIVO

Nombre:_____ Fecha:_____

Situación que practicaste:_____

Fecha y Hora	Unidades Subjetivas de Ansiedad			Fecha y Hora	Unidades Subjetivas de Ansiedad		
	Antes	Después	Punto máximo		Antes	Después	Punto máximo
1.				5.			
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			

(Foa, Chrestman & Gilboa, 2008).

¡PODEMOS HACERLO!

Es tu turno de recodar o contar lo que sucedió y registres como te sentiste, para que sea más fácil Iván va a hacerlo primero. Además va a dejarte unas fotos suyas para que encierres en un círculo como cuál de ellas te sentiste y abajo escribas sobre que sentías en tu cuerpo. Recuerda que la ansiedad por si misma disminuirá si no te escapas.

Nada ansioso y tranquilo

Algo ansioso y nervioso

Muy ansioso y nervioso

Fecha	Antes de contarlo/recordarlo	El momento en el que peor me sentí	Después de contarlo/recordarlo
3· abril· 2018	Estaba tranquilo y no pasaba nada en mi cuerpo	Comencé a sentir frio, me temblaban las manos, sude y mi corazón latía muy rápido·	Sudaba menos y mi corazón latía más tranquilo

(Foa, Chrestman & Gilboa, 2008).

Registro ABC

I. Introducción

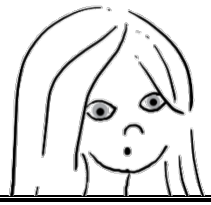
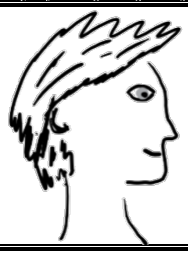
- Albert Ellis (1973) presenta un modelo ampliamente difundido que plasma la hipótesis central de la psicoterapia cognitivo conductual. El modelo denominado ABC resume la relación que tienen los (A) Eventos, situaciones, recuerdos, en los (B) Pensamientos (beleifs en inglés), interpretaciones, creencias, cogniciones, y éstos finalmente en las (C) Consecuencias, pudiendo ser conductuales, emocionales, o fisiológicas.
- El enfrentarse a un desastre natural implica en pocos minutos entender lo que está sucediendo, las consecuencias que puede tener el evento, sacar todos los recursos para intentar muchas de las veces sobrevivir, o prevenir un mayor desastre, es decir intentar afrontarlo de la manera más eficiente. Cada persona enfrenta estos eventos con base a los recursos que tiene que ver con base a lo aprendido durante la crianza, su temperamento, su carga hereditaria, los eventos estresantes que ha vivido, el capital cultural con el que cuenta, su coeficiente intelectual, entre otros. En resumen durante un desastre natural se activa en las personas una serie de pensamientos e interpretaciones que a su vez activarán emociones, y respuestas fisiológicas; todo lo anterior en funciones de su historia.
- Esta actividad permitirá al psicoterapeuta ayudarle al usuario a comprender las diferentes interpretaciones que otras personas expuestas al mismo evento tuvieron, y como en consecuencia sus emociones fueron en menor intensidad, o incluso diferentes. Asimismo la respuesta fisiológica y conductual está asociada a estas interpretaciones. Usando otros dos ejemplos además del de el usuario se explicará esta relación entre acontecimientos activadores, pensamientos, consecuencias.

II. Objetivo

- El objetivo del presente ejercicio es que el usuario comprenda la relación entre acontecimientos activadores, pensamientos y consecuencias, así como los pensamientos y consecuencias cambian de persona persona.

¿CÓMO LO VEN LOS DEMAS? EJEMPLO

Cuando nos sucede algo (A), llegamos a tener pensamientos (B) y estos pensamientos hacen que nos sintamos de alguna forma (C). En estas situaciones llegamos a creer que lo que pensamos es la única forma de ver las cosas, por eso en esta ocasión vas a llenarlo como lo vería alguien más que conozcas.

A	B	C
Cuando sonó la alarma salí corriendo lo más rápido posible y no ayude a salir a nadie más.	 Yo: No sé cómo actuar ante un desastre y deje que los demás corrieran peligro.	Feliz: 1 Triste:7 Culpable: 7
	 Manuel: No debí correr, pero lo importante era ponerme a salvo	Feliz: 4 Triste: 4 Ansioso: 6
	Ana: Nadie salió lastimado y todos salimos rápidamente.	Feliz: 8 Triste: 2 Ansioso: 2

(Seligman, 2007).

¿CÓMO LO VEN LOS DEMAS?

Cuando nos sucede algo (A), llegamos a tener pensamientos (B) y estos pensamientos hacen que nos sintamos de alguna forma (C). En estas situaciones llegamos a creer que lo que pensamos es la única forma de ver las cosas, por eso en esta ocasión vas a llenarlo como lo vería alguien más que conozcas, puedes dibujarlos o poner que sensaciones pasaban por tu cuerpo.

A	B	C

(Seligman, 2007).

EJERCICIO AUTOREGISTRO ABC, EJEMPLO

Acontecimiento ¿En dónde estaba? ¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿Quién estaba conmigo?	Pensamiento / Creencia / Procesamiento de la información ¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué me imaginé? (Circula aquel pensamiento que le cause mayor malestar) y evalúe la creencia del mismo (0-100)	Consecuencias ¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?
Estaba en el salón de clase, el día 19,con mis amigos a la 1:10pm	*Nos vamos a morir* 100 *No sé qué hacer* *¿Cómo es posible que esto esté pasando?* *Me quedaré aquí para siempre* 90	*Ansiedad 9* *Tristeza 8* *Desesperanza 7*

(Greenberg & Padesky, 1998).

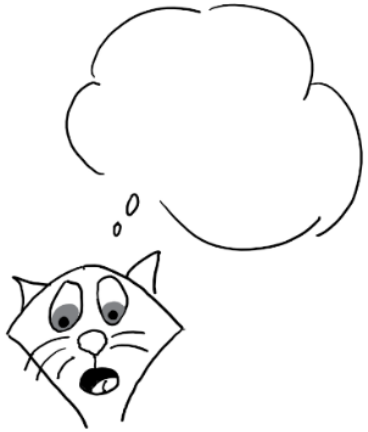
EJERCICIO AUTOREGISTRO ABC

Acontecimiento	Pensamiento / Creencia / Procesamiento de la información	Consecuencias
¿En dónde estaba? ¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿Quién estaba conmigo?	¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué me imaginé? (Circula aquel pensamiento que le cause mayor malestar) y evalúe la creencia del mismo (0-100)	¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?

(Greenberg & Padesky, 1998).

EJERCICIO ABC, EJEMPLO

Cuando algo nos ocurre (A) solemos ponernos a pensar sobre ello (B), y esos pensamientos llegan a hacernos sentir de alguna forma (C). Al pequeño gato Bigotes le suele pasar seguido y quiere compartir contigo lo que le sucedió para que después tú le cuentes lo que te ha sucedido, para ayudarte dejará unas preguntas que harán que sea más fácil.

A	B	C
¿Qué día era?, ¿Dónde y con quien estaba? *Primero corría detrás de un ratón, pero este logró esconderse.*	¿Qué paso por mi mente en ese momento?, ¿Qué imagine?  *Eso me hizo imaginar y pensar muchas cosas, entre ellas:* *Soy muy lento.* *Jamás seré un buen cazador.*	¿Qué emociones sentí?, ¿Qué cosas hice?, ¿Qué pasaba en mi cuerpo? *Lo que ocasionó que me sintiera triste, ansioso y me pusiera a llorar.*

(Greenberg & Padesky, 1998).

TU ABC

Cuando algo nos ocurre (A) solemos ponernos a pensar sobre ello (B), y esos pensamientos llegan a hacernos sentir de alguna forma (C). Como recordaras el gato Bigotes ya te ha contado su historia, en esta ocasión él está muy interesado en conocer la tuya.

A	B	C
¿Qué día era?, ¿Dónde y con quien estaba?	¿Qué paso por mi mente en ese momento?, ¿Qué imagine?	¿Qué emociones sentí?, ¿Qué cosas hice?, ¿Qué pasaba en mi cuerpo?

(Greenberg & Padesky, 1998).

Pensamientos automáticos.

I. Introducción

- Cuando una persona se enfrenta un evento traumático intenta explicarse porque le ocurre. Muchas explicaciones surgen en forma de pensamientos, y también empieza a intentar prevenir consecuencias futuras haciendo planes mentalmente en forma de imágenes. Asimismo las personas pueden intentar hacer predicciones sobre si van A lograr sobrevivir o no al evento traumático. El psicoterapeuta ayudará al consultante a identificar todos los pensamientos que surgieron durante el evento traumático, ya clasificar los con base a dos grupos de pensamientos: los que eran adaptativos y los que eran desadaptativos.
- Para ello utilizando una imagen en donde hay globos de pensamiento intentaremos preguntarle al consultante que pasaba por su mente justo cuando se enfrentó al momento estresante, y que se imaginó? Es importante poner atención a que casi siempre se tienen los dos grupos de pensamientos, sin embargo cuando por domina la ciudad es porque la creencia en los pensamientos desadapta tipos es mayor. En un momento más avanzado de la psicoterapia se podrá identificar que los pensamientos desadaptativos probablemente están relacionados con un estilo de crianza particular, O se parecen a lo que sus padres o cuidadores pensarían con respecto a lo que le pasa al consultante.

II. Objetivo

- El objetivo de la presente actividad es lograr que el consultante identifique los pensamientos automáticos que surgen a partir de una situación estresante.

EJERCICIO PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Debate socrático

I. Introducción

- La reestructuración cognitiva es la técnica más empleada para cambiar Los pensamientos automáticos que son poco adaptativos y que crean malestar emocional. Si bien es cierto que es importante que el psicoterapeuta identifique que en una situación estresante hay pensamientos automáticos útiles, muy frecuentemente encontramos, y la hipótesis central de la psicoterapia cognitivo conductual, es que los pensamientos automáticos después un desastre natural en aquellas personas que presentan estrés agudo, tienden a ser catastróficos, sesgados, poco adaptativos, distorsionados, entre otros.
- Algunos autores coinciden en que patrones consistentes de distorsiones cognitivas pueden ser identificados en personas que presentan ansiedad, frequentemente sacan conclusiones apresuradas, y por excelencia se adelantan a las situaciones. Algunos autores hablan de la **rumiación** cognitiva que caracteriza a la ansiedad, y que tiene que ver con pensar en todas las posibles desenlaces negativos que podría tener la situación en intentar mentalmente generar con **anticipación** un plan de solución para cada uno de ellos. Finalmente algunos autores también hablan de la **distorsión en la predicción del desempeño** en donde cuando una persona presenta ansiedad rasgo tiende a estimar un peor desempeño del que normalmente tiene. También se sabe que las personas que presentan sintomatología depresiva, tienden a tener una **distorsión en la predicción de la satisfacción**, apatía, y usan algunas distorsiones cognitivas como la sobre generalización.
- En esta sesión utilizando algunas preguntas clave que Aaron Beck cita en su libro sobre trastornos de ansiedad de 1985, el psicoterapeuta apoyará al consultante a identificar sus pensamientos automáticos, especialmente aquellos que le causan mayor malestar e intentar debatirlos. Se espera que después del debate la creencia en dichos pensamientos sea menor, y tenga como efecto un cambio en las emociones.

II. Objetivo

- El objetivo de esta actividad es practicar el debate socrático utilizando una guía básica de preguntas

EJERCICIO PREGUNTAS DEBATE SOCRÁTICO

¿Qué evidencia tengo?

¿Cuál es la lógica?

¿Qué tengo que perder?

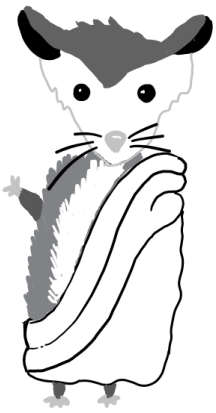
¿Qué tengo que ganar?

¿Qué sería lo peor que puede pasar?

¿Qué puedo aprender de esta experiencia?

¿Cuál sería otra forma de ver esta situación?

Y si sucede, ¿qué?



Tlacuache Socrático

(Beck, Emrey & Greenberg, 2005).

Registro ABCDE

I. Introducción
• Una vez que el usuario ha comprendido la relación que existe entre los acontecimientos activadores, los pensamientos y las consecuencias, estará listo para, en un principio estar atento a que pensó inmediatamente después de que sintió malestar emocional, y a empezar a identificar si este pensamiento es catastrófico, poco adaptativo, y en vez de ayudar a enfrentar una adversidad interfiere con el desempeño. En este sentido el psicoterapeuta con este ejercicio apoyará al usuario a cuestionarse asimismo sobre los pensamientos que generó la adversidad, y a intentar debatirlos (D). Se espera el psicoterapeuta guíe al usuario para que de este debate surja un (E) efecto tanto fisiológico, conductual, y emocional diferente a los pensamientos (B) iniciales.

II. Objetivo
• El objetivo el ejercicio es que el usuario aprenda a debatir los pensamientos que le causan malestar emocional.

AUTOREGISTRO ABCDE

Acontecimiento ¿En dónde estaba? ¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿Quién estaba conmigo?	Pensamiento / Creencia / Procesamiento de la información ¿Qué pasó por mi mente en ese momento?, ¿Qué me imaginé? (Circula aquel pensamiento que le cause mayor malestar) y evalúe la creencia del mismo (0-100)	Consecuencias ¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?	Debate ¿Qué evidencia tengo para pensar que esto que estoy pensando es verdad?	Efecto (0-10) ¿Cómo me siento ahora? ¿Haría lo mismo otra vez? ¿Mi cuerpo reaccionaría igual? ¿Sigo creyendo con la misma intensidad en ese pensamiento?
Estaba en el salón de clase, el día 19,con mis amigos a la 1:10pm	*Nos vamos a morir* 100 *No sé qué hacer* *¿Cómo es posible que esto esté pasando?* *Me quedaré aquí para siempre* 90	*Ansiedad: 9* *Tristeza: 8* *Desesperanza: 7*	*Aunque es un evento riesgoso no puedo asegurar que vaya a morir* *Siguiendo los protocolos puedo salir ileso*	*Ansiedad: 7* *Tristeza: 6* *Desesperanza: 5*

(Greenberg & Padesky, 1998).

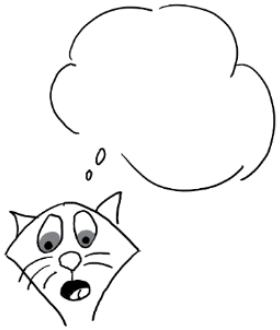
AUTOREGISTRO ABCDE

Acontecimiento ¿En dónde estaba? ¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿Quién estaba conmigo?	Pensamiento / Creencia / Procesamiento de la información ¿Qué pasó por mi mente en ese momento?, ¿Qué me imaginé? (Circula aquel pensamiento que le cause mayor malestar) y evalúe la creencia del mismo (0-100)	Consecuencias ¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?	Debate ¿Qué evidencia tengo para pensar que esto que estoy pensando es verdad?	Efecto (0-10) ¿Cómo me siento ahora? ¿Haría lo mismo otra vez? ¿Mi cuerpo reaccionaría igual? ¿Sigo creyendo con la misma intensidad en ese pensamiento?

(Greenberg & Padesky, 1998).

ABCDE, EJEMPLO

¿Recuerdas al gato Bigotes?, después de que sus pensamientos (B) hacen que reaccione de alguna forma (C) que no le gusta existe una opción más que es pensar si existe evidencia de que los pensamientos son verdad (D) y esto lo hace sentirse diferente (E). Así que Bigotes terminará de cotarte su historia, para que tú también termines de contar la tuya.

A	B	C	D	E
¿Qué día era?, ¿Dónde y con quien estaba? *Primero corría detrás de un ratón, pero este logró esconderse.*	¿Qué paso por mi mente en ese momento?, ¿Qué imagine?  *Eso me hizo imaginar y pensar muchas cosas, entre ellas: Soy muy lento. Jamás seré un buen cazador.*	¿Qué emociones sentí?, ¿Qué cosas hice?, ¿Qué pasaba en mi cuerpo? *Lo que ocasionó que me sintiera triste, ansioso y me pusiera a llorar.*	¿Qué pruebas tengo para pensar que lo que he pensado es verdad? *Realmente el ratón fue más rápido esta vez, pero ya he atrapado otros antes*	¿Cómo me siento ahora?, ¿sigo creyendo en ese pensamiento? *Ahora que pienso diferente no me siento tan triste, ya solo me siento un 2. Cada que hago esto me siento mejor*

(Greenberg & Padesky, 1998).

TU ABCDE

¿Recuerdas el final de la historia del gato Bigotes?, ahora quiere que tú también termines de contar la tuya.

A	B	C	D	E
¿Qué día era?, ¿Dónde y con quien estaba?	¿Qué paso por mi mente en ese momento?, ¿Qué imagine?	¿Qué emociones sentí?, ¿Qué cosas hice?, ¿Qué pasaba en mi cuerpo?	¿Qué pruebas tengo para pensar que lo que he pensado es verdad?	¿Cómo me siento ahora?, ¿sigo creyendo en ese pensamiento?

Espiral de la depresión

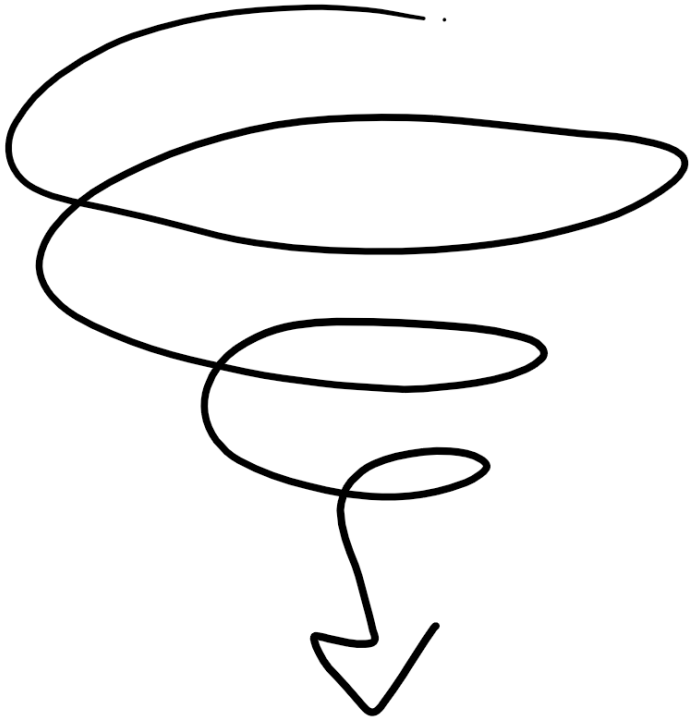
I. Introducción

- La activación conductual es una de las técnicas que más efectividad ha demostrado para atender personas que presentan sintomatología depresiva. Al ser esta una problemática frecuente en personas que tienen síntomas de ansiedad o trauma, el espiral de la depresión es una manera sencilla de explicarles a los consultantes y la importancia de recuperar las actividades que los generan placer o interés.
- Sabemos que cuando una persona presenta una actitud depresiva empieza a perder el placer, el interés en las actividades que antes le gustaban, y a tener un ánimo triste todo el día, la mayor parte del día durante los últimos 15 días. Esta actividad está dirigida a intentar transmitirle al consultante que si hace pocas actividades su ánimo empeora. De esta manera el estar inactivo retroalimenta a la sintomatología depresiva.
- Contrario a lo que comúnmente se cree en donde las personas esperan a tener ánimo para hacer las cosas, se les invita a hacer un experimento conductual en donde queremos que pongan aprueba lo que David Burns (1990) menciona que hace la depresión en las personas, a lo que le llama distorsión en la predicción de la satisfacción. Esto quiere decir que cuando una persona está deprimida tiende a predecir distorsionadamente cuánto interés o placer va a obtener de las actividades. Entonces sugerimos al consultante anotar actividades potencialmente agradables, que pueda realizar todos los días, algunas de ellas solo, algunas de ellas acompañado, y que ponga a prueba, a manera de experimentos conductuales la hipótesis de que va a obtener menor desempeño del que realmente se obtiene, una vez realizando la actividad. Queremos concluir la actividad explicando que si se activa un poco se sentirá mejor, y si se siente mejor se activará cada vez más. Que las actividades agradables son auto reforzantes, y van en contra de la rumiación cognitiva que caracteriza a la sintomatología depresiva. Será necesario complementar y monitorear que como tarea el consultante realiza actividades de activación conductual.

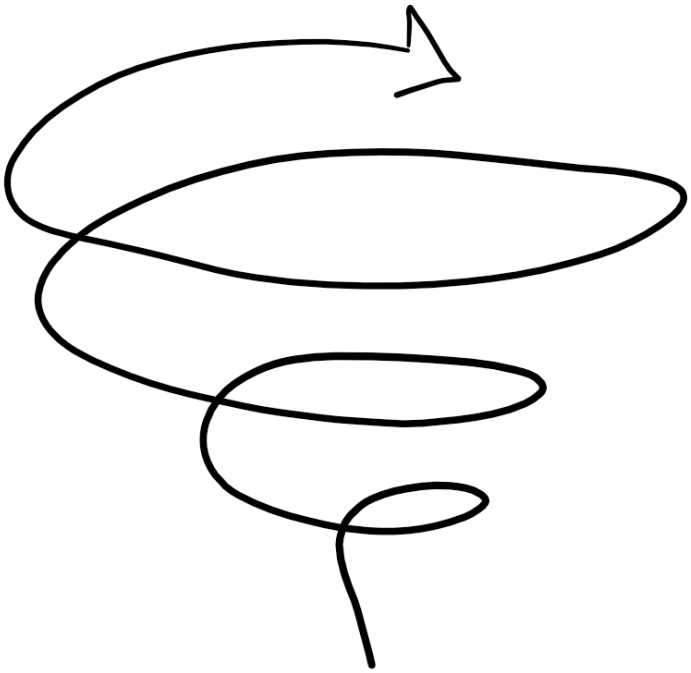
II. Objetivo

- El objetivo de esta actividad es que la persona conozca en qué consiste la activación conductual y cuál es el principio que explicar esta técnica.

ESPIRAL DE LA DEPRESIÓN



Si me siento mal, hago menos.
Si hago menos, me siento peor.
Si me siento peor, hago menos.

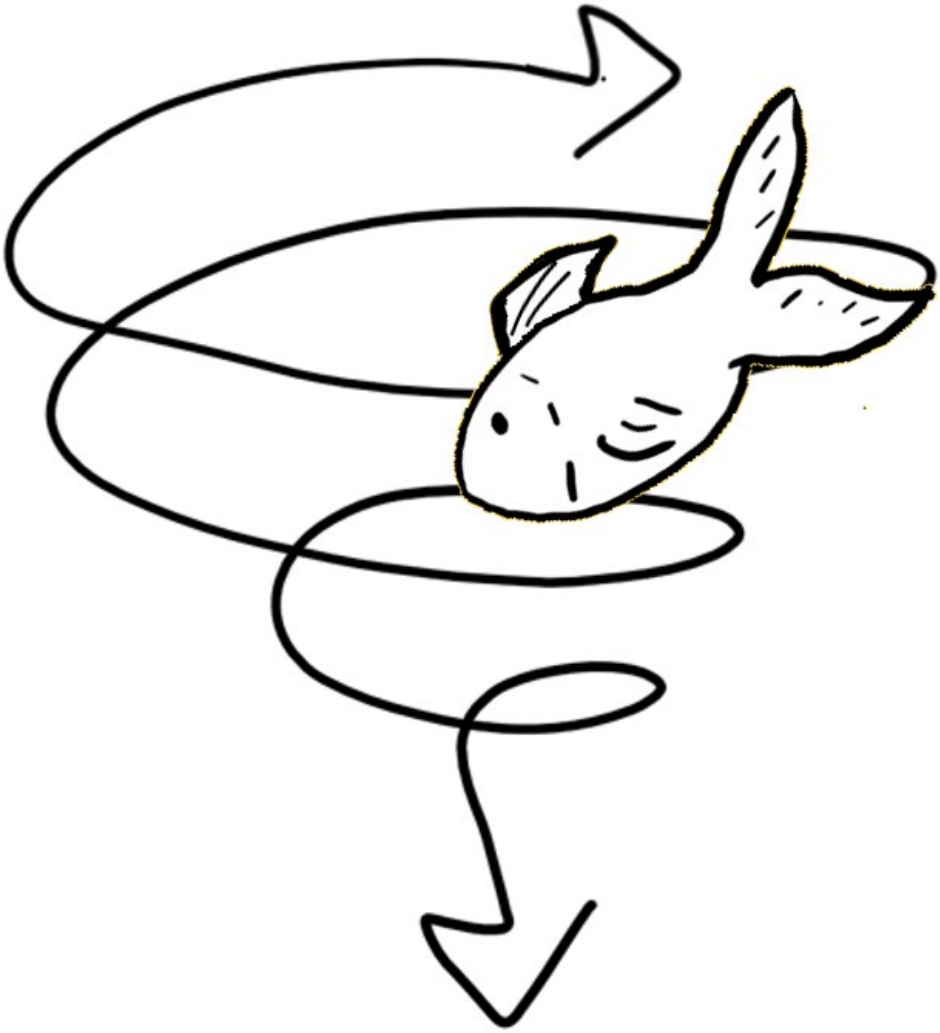


Si hago poquito, me siento mejor.
Si me siento mejor, hago más.
Si hago más, me siento mejor.

(Adaptado de Lewinsohn, 2013).

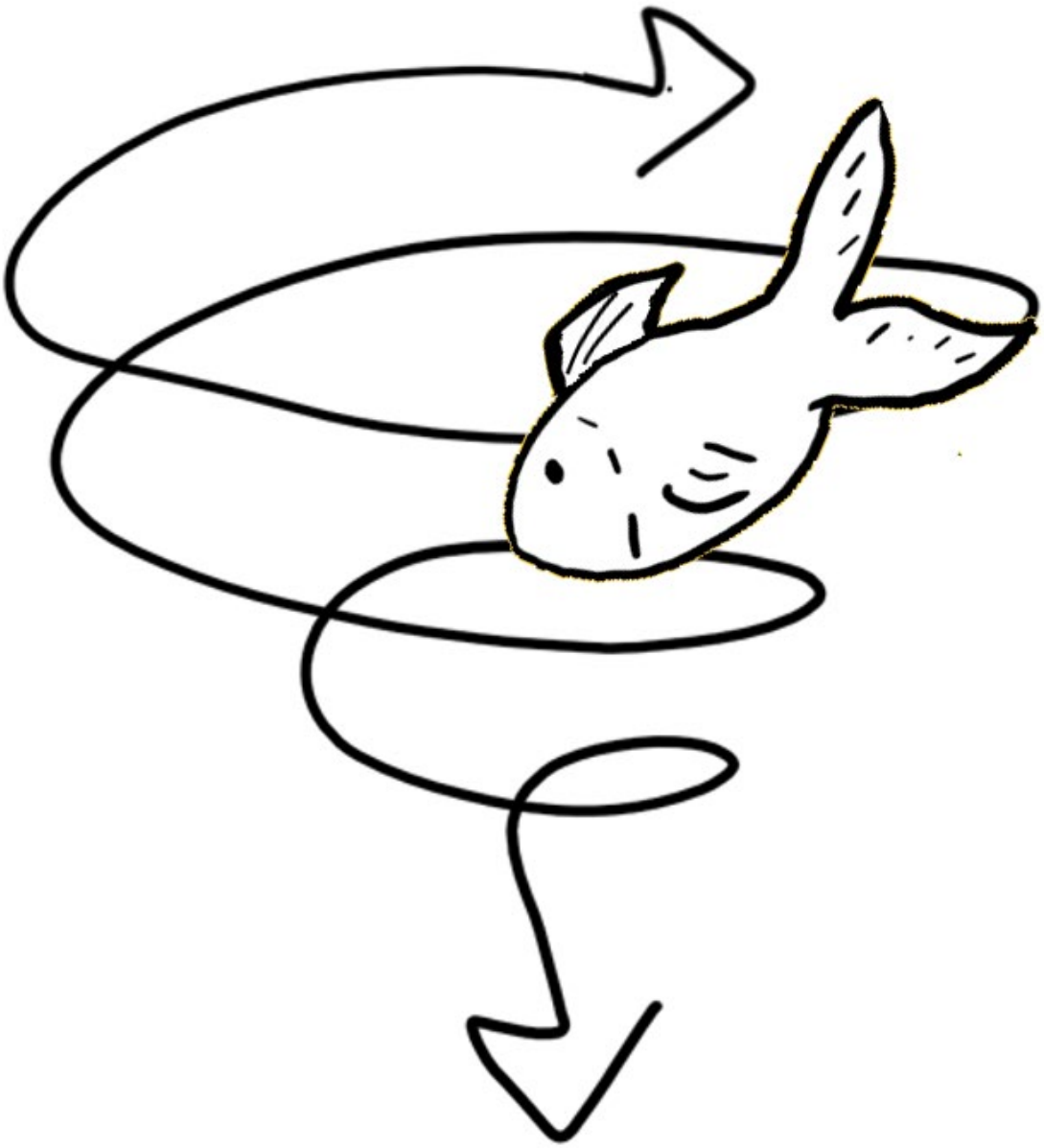
¡NO DEJES QUE EL REMOLINO SE LLEVE A DORADITA!

Doradita la pecesita sabe muy bien que es la depresión, pero también conoce la forma de librarse de ella. Para Doradita la depresión es como cuando entra en un gran remolino, si no hace nada para evitarlo se hunde, pero entre más nade, más rápido logra salir del remolino y seguir su camino. Sin embargo no es tan fácil, porque la depresión hace que Doradita no quiera nadar, pero al saber esto ella sabe que debe ignorarla y nadarlo más rápido que pueda.



(Adaptado de Lewinsohn, 2013).

¡NO DEJES QUE EL REMOLINO SE LLEVE A DORADITA!



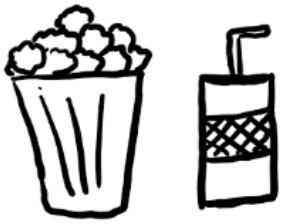
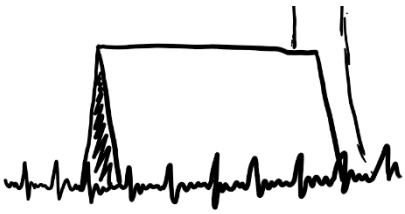
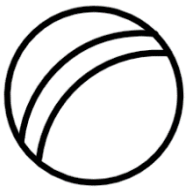
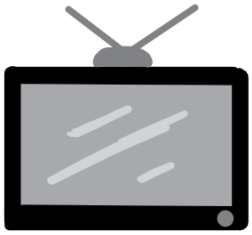
(Adaptado de Lewinsohn, 2013).

LISTA DE ACTIVIDADES POTENCIALMENTE AGRADABLES

1. Salir a caminar	26. Ir a la playa
2. Bailar	27. Arreglarse
3. Andar en bicicleta	28. Dibujar
4. Nadar	29. Actuar en una obra
5. Leer	30. Ayudar a otros
6. Correr	31. Bañarse
7. Ver una película	32. Visitar a alguien
8. Escuchar música	33. Comer dulces
9. Cantar	34. Ver videos
10. Reír	35. Salir a una plaza
11. Hacer ejercicio	36. Estar con familiares
12. Salir con amigos	37. Jugar futbol
13. Hablar por teléfono	38. Ver fotos
14. Recibir un masaje	39. Ir a zumba
15. Tomar una siesta	40. Manejar
16. Cocinar	41. Contar un chiste
17. Comer	42. Ir al cine
18. Escribirle a un amigo	43. Comer un helado
19. Oler un libro	44. Observar la naturaleza
20. Plantar un árbol	45. Mirar el cielo
21. Comprar ropa	46. Acostarse en el pasto
22. Dormir	47. Hacer una fiesta
23. Ir al campo	48. Ir de vacaciones
24. Montar un caballo	49. Jugar juegos de mesa
25. Estar con tu mascota	50. Construir algo (manualidades)

LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Cuando estamos tristes lo mejor es buscar actividades que sean agradables, como a veces nos cuesta trabajo recordarlas dejamos una lista:

 Ir al cine	Ir al campo 
Hacer deportes 	Reír
 Ver televisión	Tomar un baño
Estar con animales	Recuerda que tú eres el que sabe mejor que es lo que te gusta hacer

LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Te hemos dejado un espacio para que tu hagas tu propia lista con cosas que te gustan hacer. Puedes agregar dibujos o decorarla como más te guste

Distorsión en la predicción de la satisfacción

I. Introducción

- La sintomatología depresiva tiene dos componentes: la pérdida del placer e interés en las cosas que antes me eran agradables, y ánimo negativo todo el día la mayor parte del día durante los últimos ocho días. Una de las técnicas que mayor efectividad tiene para tratar estos síntomas es la activación conductual. Será necesario revisar entonces con algunos consultantes Y explicarles que cuando están tristes deprimidos, o con ánimo bajo, generalmente predicen menos satisfacción de las que realmente obtienen de actividades cotidianas. Es normal que estimen que van a obtener menos satisfacción de las que realmente obtienen. De hecho, Burns (1990) habla de que las personas distorsionamos Y hacemos predicciones equivocadas cuando nos encontramos tristes. Podemos invitar al consultante hacer un experimento conductual y a estimar cuanta satisfacción cree que va a obtener de salir a caminar, visitar a un amigo, hacer ejercicio, entre otros, ver listado de actividades potencialmente agradables. El consultante observará que de manera consistente la tristeza le invita a posponer las actividades, y que después del experimento conductual muy probablemente o tuco obtuvo más satisfacción de la que predijo. El psicoterapeuta acompañará al consultante a llegar a la conclusión de que es importante activarse, y que no sean confiables las predicciones que se hacen desde la tristeza. Por lo tanto invitará al consultante hacer una planeación de las actividades por la noche y a comprobar que generalmente obtiene mucha más satisfacción de la que predijo.

II. Objetivo

- El objetivo de esta actividad es demostrar mediante un experimento conductual la distorsión en la predicción de la satisfacción que caracteriza a la sintomatología depresiva.

EJERCICIO DISTORSIÓN EN LA PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Antes		Después	

(Burns, 2009).

Pensamientos distorsionados frecuentes después de un evento altamente estresante.

I. Introducción

- El enfoque de la terapia cognitiva consiste en entrenar a los consultante identificar la relación que existe entre pensamientos sentimientos y conducta. En este sentido la bibliografía reporta que después un evento traumático las personas tienden a presentar algunos pensamientos que no les ayudan hacer frente a la adversidad. Presentamos una lista de algunos pensamientos que con base a la investigación se ha visto que son bastante frecuentes. El psicoterapeuta tendrá qué ayudar al consultante identificar un patrón consistente de pensamientos asociados a la triada cognitiva. En este sentido podríamos decir qué es frecuente encontrar pensamientos automáticos distorsionados, supuestos lógicos maladaptativos, y creencias centrales. Los primeros se definen como pensamientos que surgen de manera muy rápida y pueden ser en forma de imágenes o de pensamiento. Los supuestos lógicos son intentos de explicarse lo que sucede, y tienen la forma de una hipótesis, si esto sucede entonces aquello. El trabajo del psicoterapeuta es desmenuzar los para demostrarle al consultante que en realidad esas hipótesis no se sostienen porque justamente su problema es que no son lógicas. Y por último los esquemas, que son denominados por otros autores como creencias centrales, las cuales son formas rígidas de interpretar el mundo, a sí mismo, y los demás.

II. Objetivo

- El objetivo de la presente actividad es ayudar al consultante a identificar los pensamientos distorsionados frecuentes después de un evento altamente estresante.

Triada cognitiva

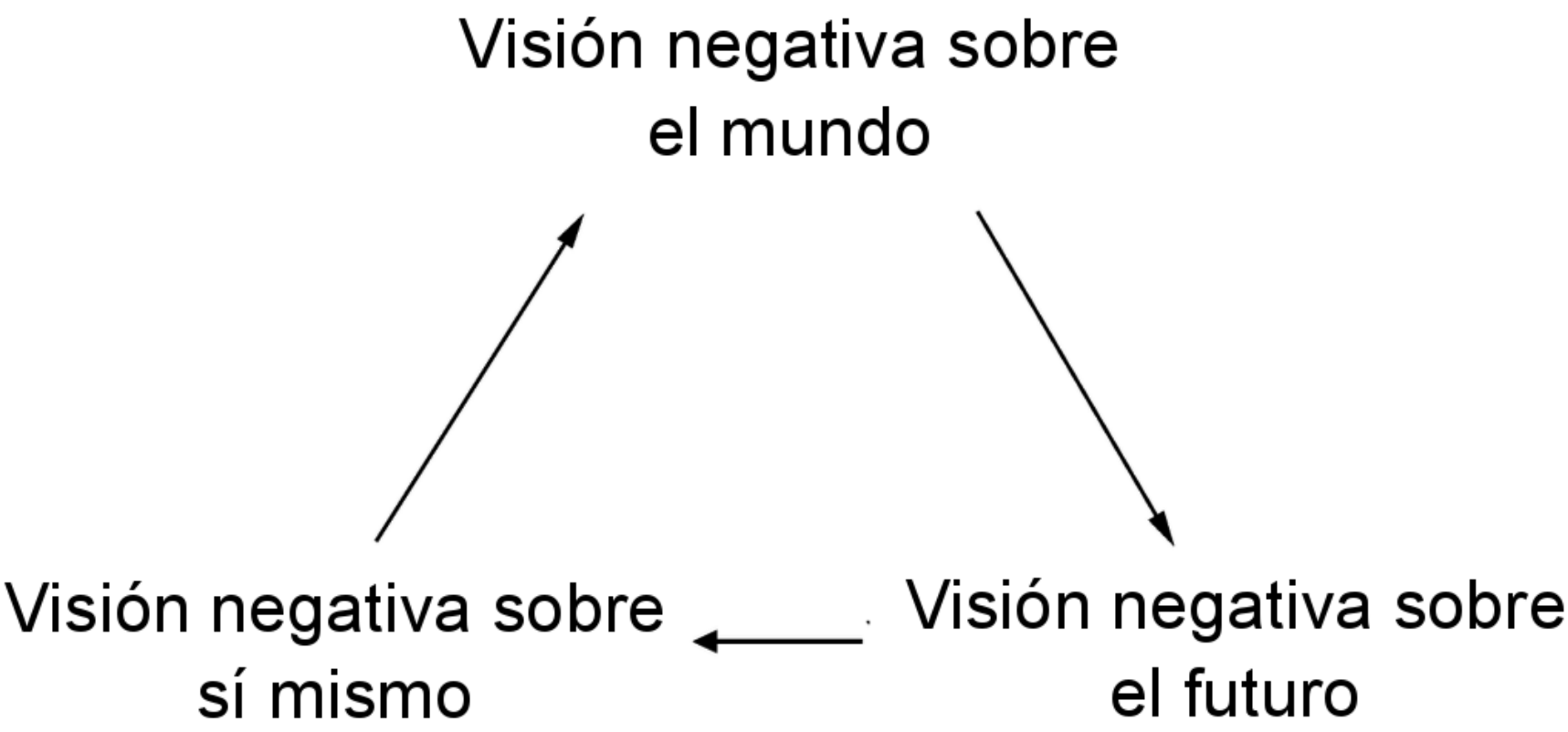
I. Introducción

•El presente ejercicio tiene como objetivo que el usuario conozca el marco teórico a partir del cual la terapia cognitiva entiende algunos efectos que tienen Las personas después de haber vivido un evento altamente estresante o traumático. En este sentido Aaron Beck habla de la triada cognitiva que es la visión que tienen las personas de sí mismas, que en algún sentido puede ser similar al concepto de autoestima, así como el de auto eficacia, en segundo lugar es la visión que tienen las personas sobre el futuro, y en tercer lugar la visión que tienen sobre los demás. Cuando una persona tiene un evento traumático los elementos de la triada cognitiva de alguna manera se sacuden, se mueven, se confunden. Una primera parte de la psicoterapia tiene que ver con informar al usuario cuales fueron los efectos de este evento estresante y que empieza notar como al vivir un evento inesperado, incontrolable, y casi siempre de manera muy rápida, las personas pueden llegar a conclusiones equivocadas sobre su capacidad para afrontar los problemas, su velocidad para responder, su habilidad para tomar buenas decisiones, y llegar a la conclusión de que no sean eficaces. Asimismo pueden llegar a concluir después del evento estresante y otros eventos que siguen del evento primario que casi siempre tienen que ver con pérdidas, el futuro no es promisorio. Después un evento altamente estresante muchas personas se sienten desesperanzadas, cosa que antes no sucedía. Y finalmente dependiendo de cómo hayan vivido este evento también pueden distorsionar la visión que tenían de los demás. Generalmente en una crisis, especialmente en México, las personas tendemos como sociedad a apoyarnos y a solidarizarnos, sin embargo la decepción relacionada con la respuesta de las autoridades, el desinterés de algunas personas, podría llevar a que el usuario llegue a la conclusión de que "las demás personas te abandonan, que eres una sobre carga para ellos, que son más hábiles que tú", entre otros.

II. Objetivo

- El objetivo de este ejercicio es explicar y retroalimentar con la narrativa del usuario de qué maneras se percibía asimismo y a los demás antes del evento altamente estresante y como esta visión cambió.

TRIADA COGNITIVA



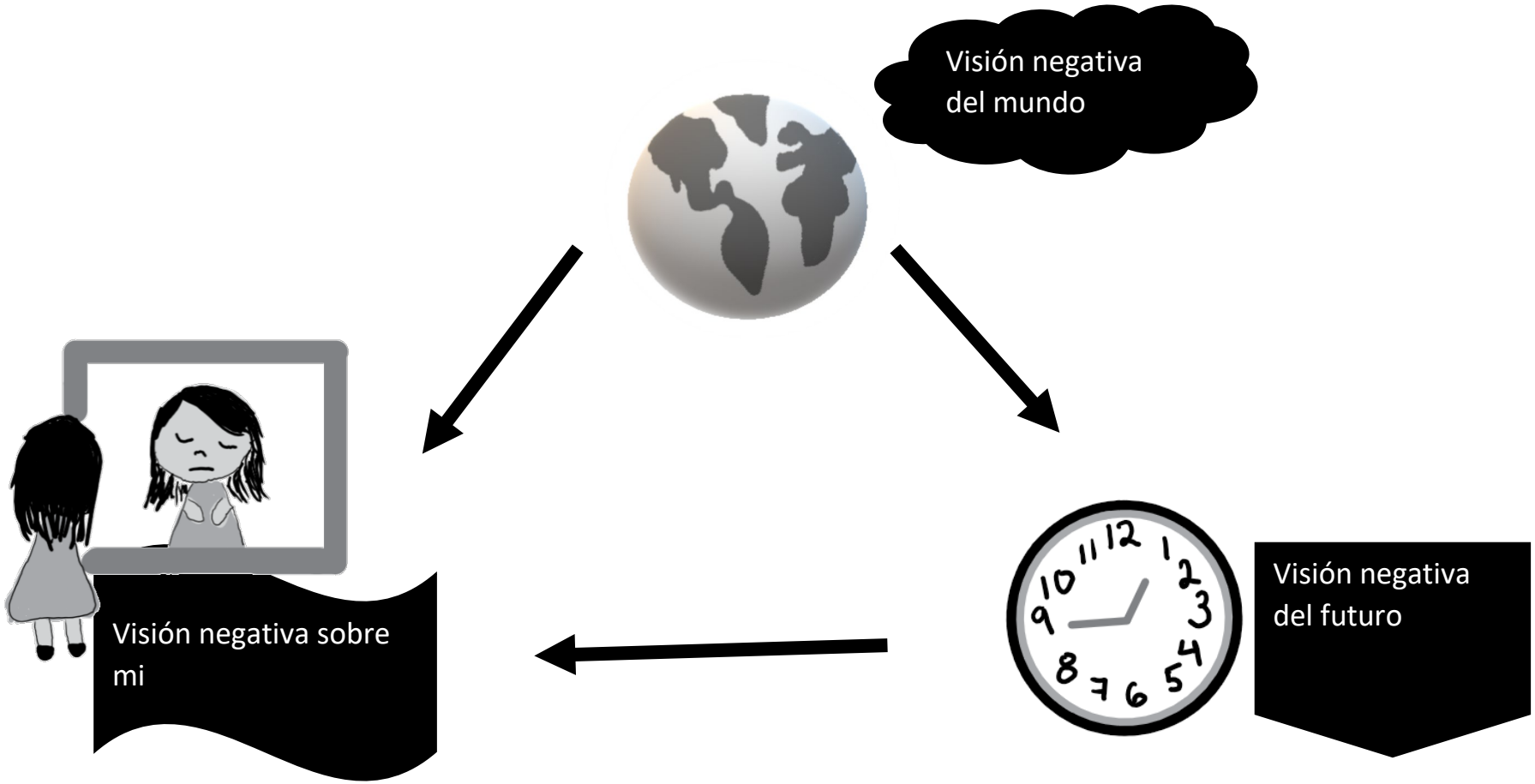
IZTACALA

CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

CREAS
Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio

TRIADA COGNITIVA



SUICIDIO

(Joiner, 2007).

Plan de seguridad

I. Introducción

- Es importante que el psicoterapeuta pueda trabajar junto con el consultante cuando hay conductas asociadas al suicidio es un intento de suicidio previo. En este sentido el plan de seguridad no es un documento en donde se le obliga a la persona a no atentar con su vida, sino que implica desarrollar y poner por escrito una serie de habilidades que se podrán poner en práctica en caso de una crisis. La recomendación de Wenzel, Brown y Beck (2013) es incluir cuatro componentes dentro del plan de seguridad que anexamos. El primero es identificar las señales de alarma que las personas tienen y pueden ser indicadores de una recaída importante, por ejemplo, tener ganas de dormir no despertar, tener ganas de hacerse daño a él o ella misma, o pensar ya no puedo más. El segundo componente incluye las estrategias de afrontamiento, es decir acciones que puede tomar la persona por sí misma para enfrentar La crisis. Como pueden ser salir a caminar, tomar respiraciones diafragmáticas, hacer ejercicio, escuchar música. El tercer componente tiene que ver con contactar a otras personas recordemos que el apoyo social es muy importante y un factor que perdiste el éxito terapéutico. Ejemplos de contactos con otras personas pueden ser los que se realizan de forma telefónica, o de forma presencial. El cuarto componente es en listar una serie de recursos a donde se puede recibir atención profesional en horas de oficina, por ejemplo con un psicoterapeuta, psiquiatra, o consejero, así como un número telefónico de atención en crisis que trabajen las 24 horas del día.

II. Objetivo

- El objetivo de esta actividad es poner por escrito el plan de seguridad que se llevará acabo durante una crisis

EJERCICIO PLAN DE SEGURIDAD, EJEMPLO

Lista jerarquizada de habilidades de afrontamiento que la persona acepta emplear en una crisis.

1. Tener supervisión de 24 horas.
2. Escribir diariamente el registro de pensamientos.
3. Mantener apego a la conducta de higiene del sueño.
4. Reducir mi consumo a dos copas por ocasión.
5. No llamarle a mi ex pareja.
6. Tomar una caminata todos los días por 30 minutos.
7. Hacer los ejercicios de relajación.
8. Apegarme a la toma de mis medicamentos.
9. Tener un contacto social significativo dos veces por semana.
10. Deshacerme de las navajas y las pastillas En caso de crisis a) contactar a mi primo y verlo para platicar, b) si esto no funciona escribir qué detonó la crisis, c) mandar un correo a mi psicoterapeuta, d) Llamar al psiquiatra para pedir ajuste de medicamento o medicación de rescate, e) Pedir una cita a mi psicoterapeuta para el día de mañana, f) Llamar a SAPTEL, g) solicitar a mi familia considerar el internamiento.

EJERCICIO PLAN DE SEGURIDAD

Lista jerarquizada de habilidades de afrontamiento que la persona acepta emplear en una crisis.

1 Señales de alerta.

2 Estrategias de afrontamiento.

3 Contactar otras personas.

4 Contactar a un profesional de la salud en horas de oficina

Psicólogo_____

Psiquiatra_____

Consejero_____

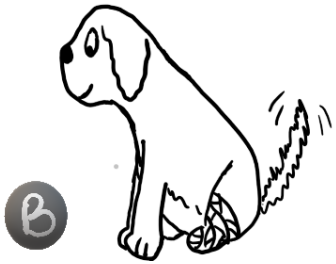
5 Contactar con alguien profesional de la salud

SAPTEL:

PLAN DE SEGURIDAD, EJEMPLO

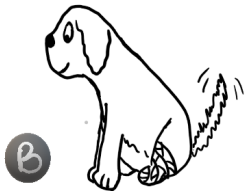
Cuando estamos tristes solemos tener pensamientos que pueden poner en peligro nuestra vida, por eso cuando me siento triste suelo sacar mi “Plan de seguridad” el cual es una lista que me guía a qué hacer cuando me siento mal, ¿sabes cuál es la mejor parte?, ¡hacerlo es divertido!

El día en que rompí mi patita me puse realmente triste, no quería hacer nada, así que me la pasaba en mi casita dormido. Miguel, mi dueño, se preocupó mucho, así que con su ayuda fue como hice mi “Plan de seguridad”

PLAN DE SEGURIDAD DE BRUNO	
1. Cuando me daba cuenta que solo quería estar acostado buscaba mi pelota favorita y me ponía a jugar con ella. 	2. En algunos momentos pensaba en lanzarme del balcón, para evitarlo cuando lo pensaba iba a buscar a Miguel y nos íbamos a oler las flores en el parque.
3. A pesar de que tengo mi plan y que Miguel me quiere mucho hay días en los que me llego sentir peor, entonces él me lleva con el especialista para que estemos seguros de que estaré bien.	4. Aunque mi patita ahora esta perfecta guardo mi “Plan de seguridad”, por si algún día vuelvo a estar muy triste ya sé que hacer.

PLAN DE SEGURIDAD

Como ya notaste Bruno sabe la importancia de tener un plan de seguridad, por esta razón quiere ayudarte a que tu tengas el tuyo, solo tienes que pensar en todas las cosas que te gustan hacer y en lo que necesitas para hacerlas, Bruno te pondrá un ejemplo para que sea más fácil.

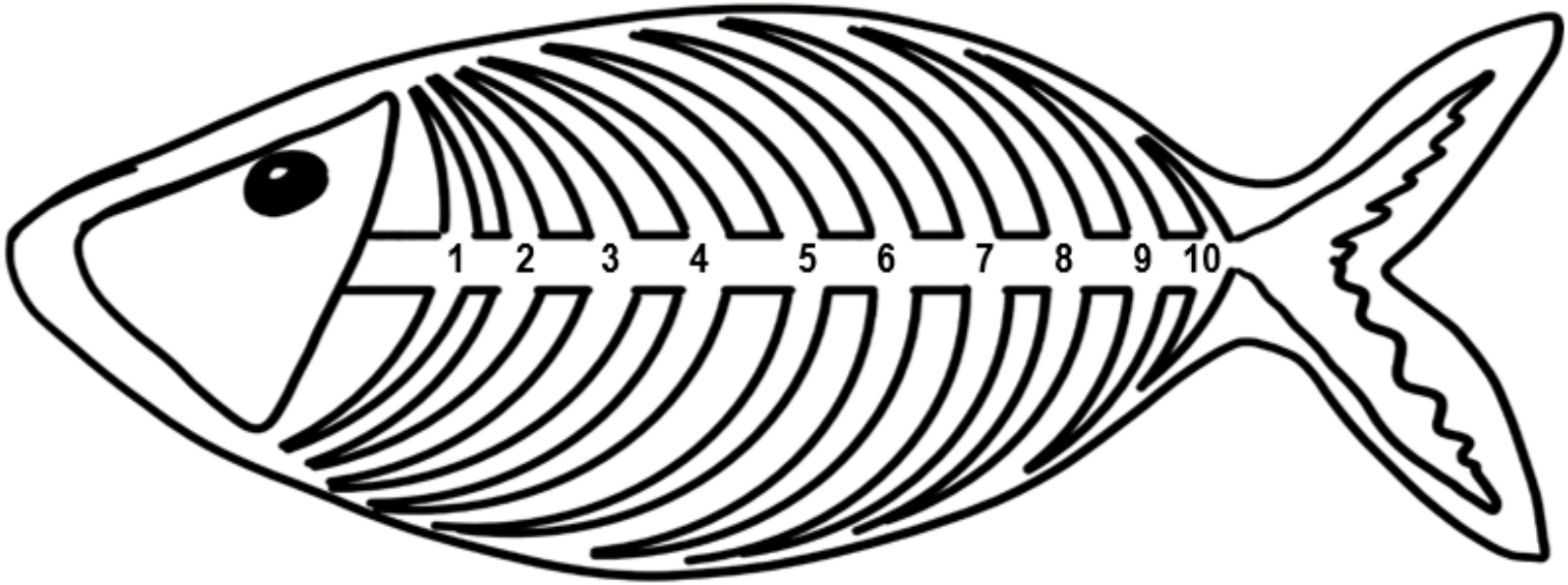
¿Cómo me siento?	Actividad que hare para sentirme mejor	¿Qué necesito?
Con mucho sueño y sin ganas de hacer nada	*Jugar con mi pelota favorita*	*¡Mi super pelota!* 

¿Cómo me siento?	Actividad que hare para sentirme mejor	¿Qué necesito?

¿Con quién puedo hablar? _____

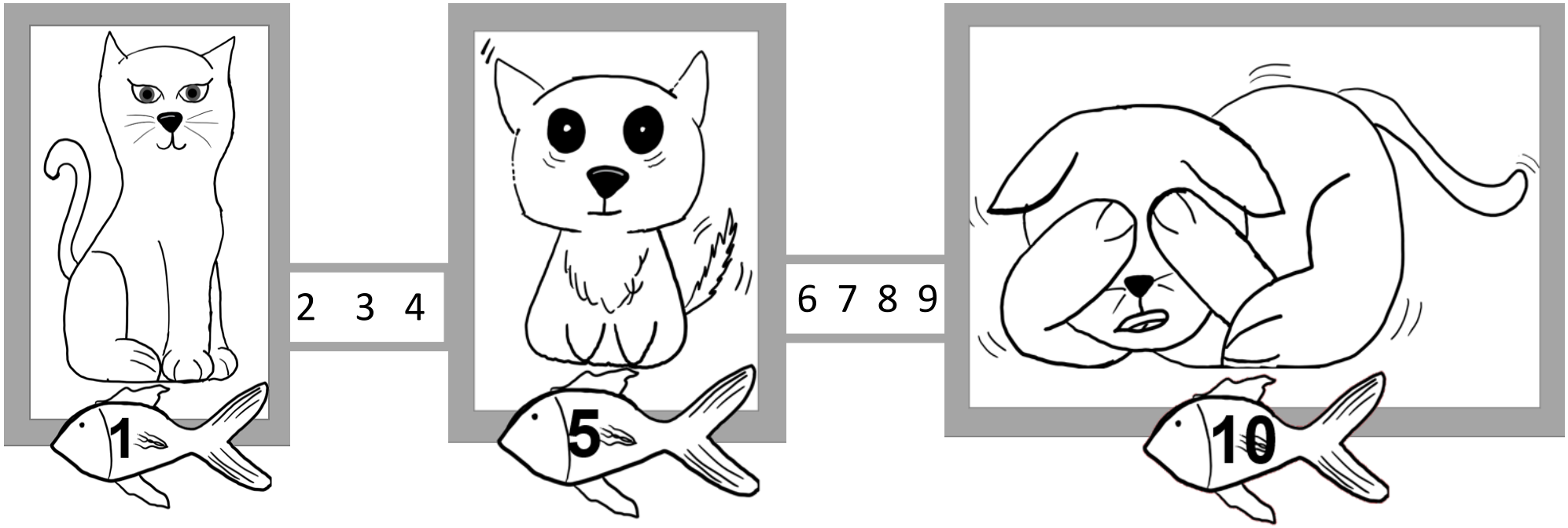
PECEZOMETRO DEL MIEDO

La gatita Coco algunas veces tiene miedo, ella sabe que tener miedo es normal y que de acuerdo a cuanto miedo tiene se siente diferente, para saber cuánto miedo tiene usa su pecesito de juguete y se ubica del 1 al 10, donde 1 es muy poco o nada y 10 es lo máximo de miedo que llega a tener. Coco quiere saber si tienes miedo, así que para ayudarte ha dejado su pecesito de juguete



GATOMETRO DEL MIEDO

La gatita Coco algunas veces tiene miedo, ella sabe que tener miedo es normal y que de acuerdo a cuanto miedo tiene se siente diferente, para saber cuánto miedo tiene se ayuda de distintas formas. Otra forma en la que la gatita Coco averigua si sus amigos tienen miedo es mostrando sus fotos, en la que el pecesito tiene 1, como se puede ver es cuando ella tiene muy poco o casi nada de miedo, en la que el pecesito tiene el numero 5 es en la que ella siente miedo y finalmente en la que el pecesito tiene un 10 es cuando ella tiene muchísimo miedo. Coco quiere saber en este momento como cuál de sus retratos te sientes.



Poco o casi nada de miedo

Algo de miedo

Muchísimo miedo

Resiliencia después un desastre natural

I. Introducción

- Desde hace más de 20 años, psicólogos con un enfoque diferente a estudiar la patología, han propuesto en el marco de la psicología positiva la posibilidad de trabajar con las personas habilidades y herramientas para lograr el crecimiento postraumático. En este sentido Martín Seligman (2008) propone un entrenamiento en optimismo que puede apoyar a las personas a identificar estilos atribucionales que pueden ser modificados para generar un mayor bienestar emocional. De manera general este autor habla sobre el sesgo optimista y el sesgo pesimista que tienen las personas al enfrentarse a una adversidad.

- Un evento altamente estresante o traumático podría poner en evidencia un estilo atribución al pesimista. El cual se caracteriza por percibir el éxito con atribuciones externas, globales, y permanentes. Por otro lado el estilo atribución al pesimista percibe el fracaso con atribuciones internas, específicas, y pasajeras.

- El estilo optimista, tiende a atribuir el fracaso a lo externo, por razones específicas, y pasajeras, y el éxito como una cuestión interna, global, y permanente.

- El psicoterapeuta intentará identificar en el usuario estas atribuciones e intentar volverlas más flexibles, para ello lanzará preguntas que pongan en duda dichas atribuciones. Ejemplos de estas preguntas son: ¿qué otra explicación puede tener el que no hayas podido ser más eficaz en la situación del desastre?., ¿qué explicación sólo por esta vez puedes dar al hecho de qué sufriste una pérdida importante después de un desastre natural?., y por último, ¿qué evidencia tienes para pensar que este evento no es evidencia suficiente para pensar que en todo te va ir mal?

II. Objetivo

- El objetivo de la presente actividad será que los consultantes conozcan los estilos atribucionales del estilo optimista y pesimista e intentar modificarlos.

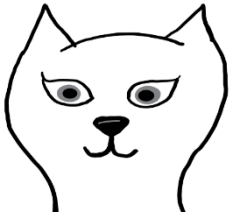
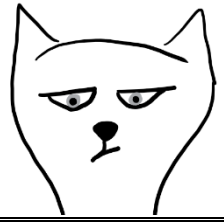
ATRIBUCIONES

	Optimista	Pesimista
Éxito	Interna Permanente Global	Externa Pasajera Específica
Fracaso	Externa Pasajera Específica	Interna Permanente Global

Seligman (1998).

OPTIMISTA Y PESIMISTA

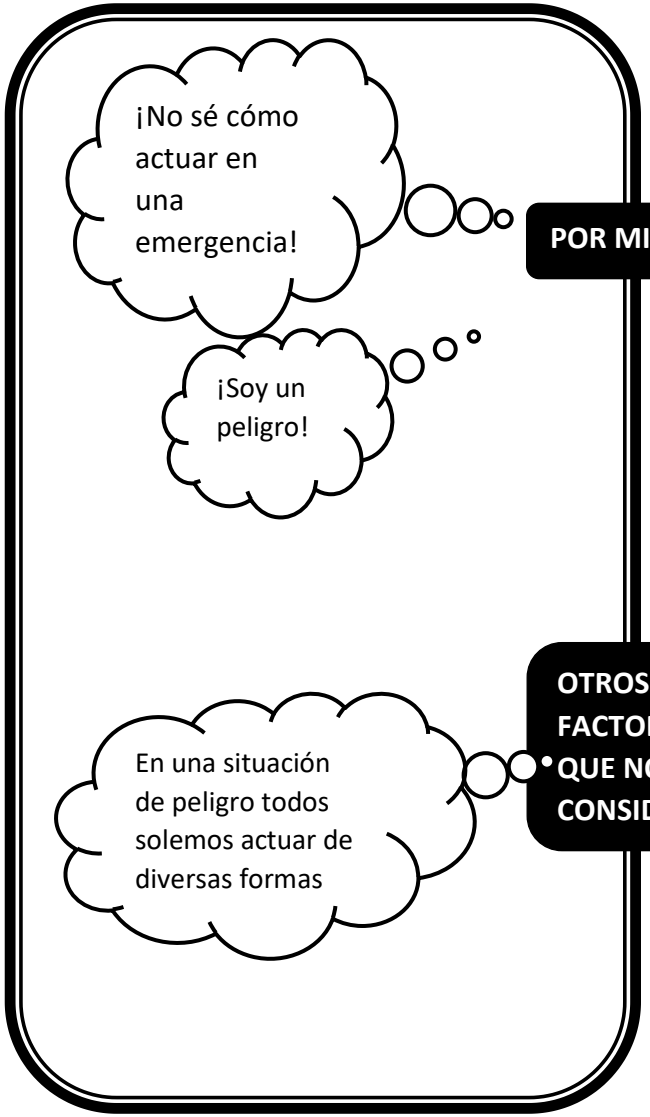
Ser optimista o pesimista hace que cambie la forma en la que se ve el mundo, Pelusa es una gatita muy optimista y es amiga de Canica una gatita que es muy pesimista, ellas quieren que sepas como es ser optimista y pesimista, por lo que te dejan su experiencia, para que tú también escribas la tuya y notes a cuál de las dos te pareces más, si a Canica o a Pelusa

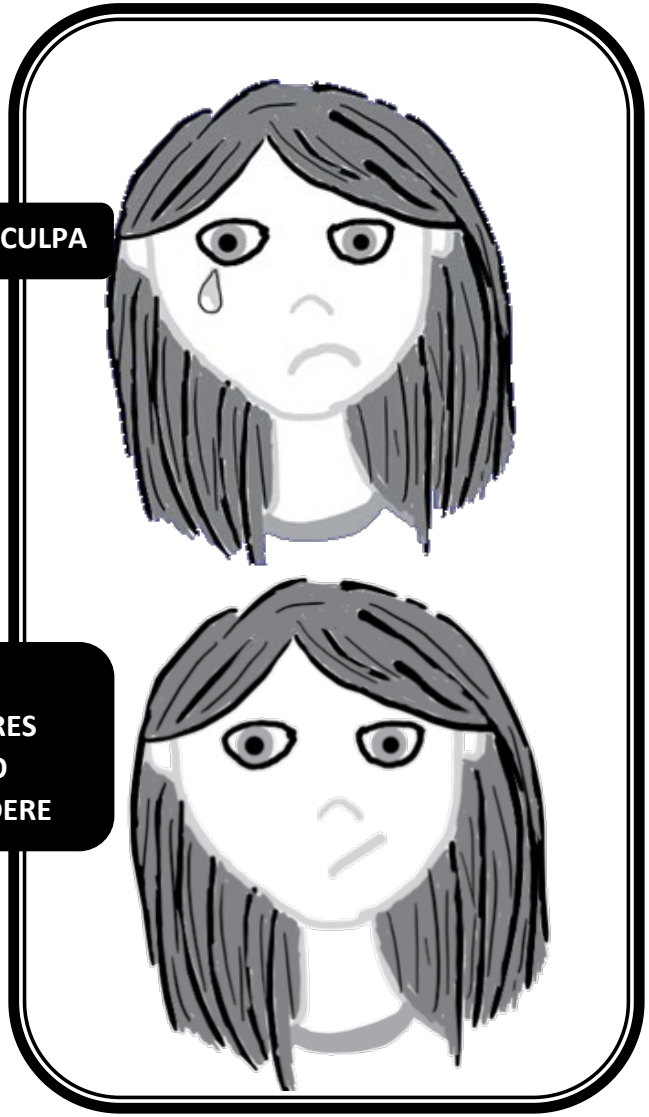
	Optimista- Pelusa 	**Pesimista-Canica** 
Éxito	**Interna:** *Sobreviví al sismo porque me pongo abusada.* **Permanente:** *Siempre me salvo.* **Global:** *En todas las situaciones complicadas me va bien*	**Externa:** *sobreviví al sismo porque alguien me ayudó* **Pasajera:** *Estoy viva porque alguien me ayudo.* **Específica:** *Esto es un milagro*
Fracaso	**Externa:** *No reaccione debido a circunstancias externas* **Pasajera:** *Solo este día no reaccione bien.* **Específica:** *Solo en esta situación fallé.*	**Interna:** *Reacciono mal porque soy una tonta.* **Permanente:** *En todo reacciono mal* **Global:** *Siempre reaccionó mal.*

Seligman (1998).

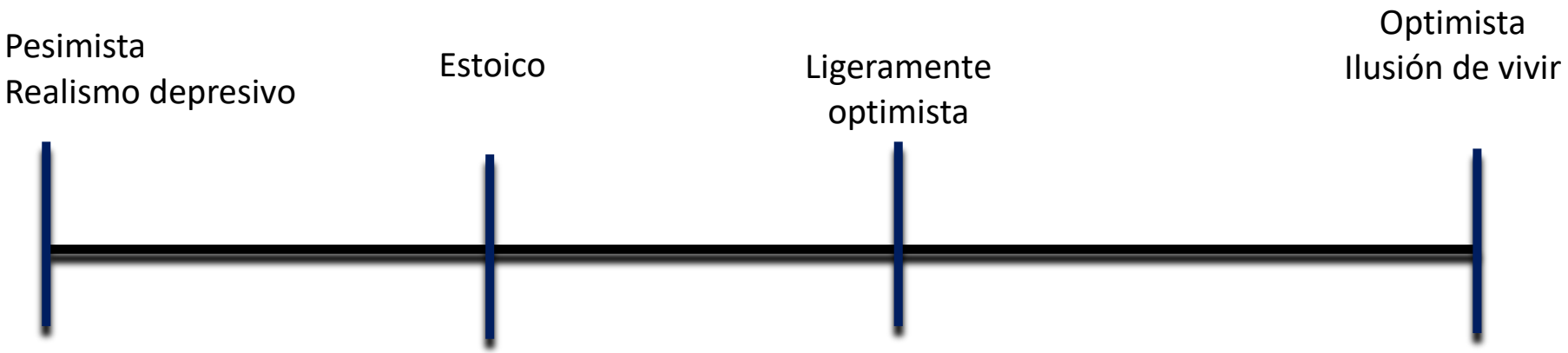
HISTORIETA

SONIDO DE ALERTA SISMICA
¡NO PUEDO MOVERME!


¡No sé cómo actuar en una emergencia!
¡Soy un peligro!
En una situación de peligro todos solemos actuar de diversas formas


POR MI CULPA
OTROS FACTORES QUE NO CONSIDERE

FLEXIBILIDAD COGNITIVA



Modelo de procesamiento de la información

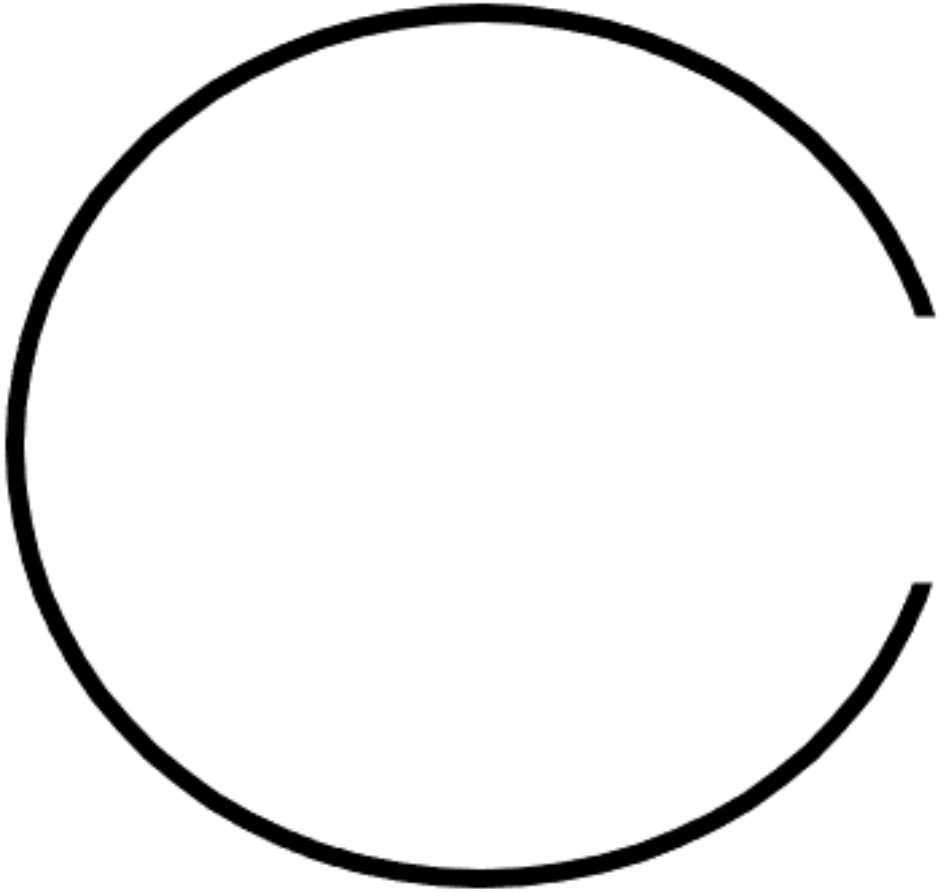
I. Introducción

- Los modelos cognitivos de hacer psicoterapia conciben al cerebro como una computadora en donde existen carpetas para almacenar la información. Cuando ocurre un evento traumático es como si un virus subiera metido en la computadora y revuelven las carpetas. En la carpeta donde antes encontraba lo agradable, ahora está vacía. En la carpeta de los muy peligroso se han insertado archivos como mi casa, mi ciudad, mi edificio. La tarea del psicólogo que hace psicoterapia cognitivo conductual es ayudarle ordenar las carpetas a la persona y a quitar la confusión que vino con el evento traumático. Muchas de las veces también se encontrará que además de reordenar las carpetas el psicoterapeuta le demostrará al usuario que El rasgo de personalidad ansioso según Aaron Beck, tiene que ver con que esa computadora está formateada y en su disco duro están grabadas algunas creencias centrales a partir de las cuales mira el mundo asimismo y a los demás. Éstas creencias tienen que ver con que el mundo es peligroso, yo soy poco hábil, y los demás son más eficaces que yo. Entonces será trabajo del psicoterapeuta intentar flexibilizar esa visión distorsionada que probablemente venga desde la crianza.

II. Objetivo

- El objetivo de la presente actividad será exponer al consultante la forma en que los eventos altamente traumáticos impactan en la forma de procesar la información, almacenarla, y recuperarlo.

MODELO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN



Beck, J. S., Beck, A. T., & Ubaldini, G., 2007).

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS MÁS FRECUENTES DESPUÉS DE UN EVENTO TRAUMÁTICO

PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	SUPUESTOS INADAPTADOS	ESQUEMAS DISFUNSIONALES
• Lo que pasó es mi culpa” • “Debería haber sido capaz de prevenirlo” • “Debería haber sido capaz de manejar la situación” • “Ya deberia de haber superado esto” • “Soy débil” • “No puedo soportar estos sentimientos” • “Algo terrible puede pasar en cualquier momento” • “Estoy en peligro ahora” • “No puedo permitirme bajar la guardia” • “No puedo manejar esta situación” • “Estoy indefenso” • “No se puede confiar en nadie” • “A nadie le importa”	• “Como no pude controlar lo que sucedió, no tiene sentido tratar de controlar nada”. • “Como podría estar en peligro en cualquier momento, debo estar siempre alerta”. • “Me sentiré abrumado si pienso en lo que sucedió”. • “Es mejor evitar cualquier situación potencialmente peligrosa que soportar el riesgo” • “Todo riesgo es malo” • “No podría soportar otra perdida	• “El mundo es impredecible y peligroso”. • “Las cosas malas pueden suceder en cualquier momento”. • “No puedes confiar en nadie”. • “No tengo poder para evitar una catástrofe”. • “Soy una mala persona”. • “La vida no tiene sentido”. • “El futuro es sombrío”.

(Leahy Jolan & McGinn, 2012).

Yo tengo, yo soy, yo puedo.

I. Introducción

- Retomando el trabajo de Grotberg (2008), se les solicitará al consultante tenga por escrito tres fuentes de resiliencia. A continuación se mencionan ejemplos para cada una de las fuentes.

Yo tengo.

- Personas alrededor mío en las que confío, que me aman no importando.
- Personas que me ponen límites para que sepa cuando detenerme en casos de peligro o problema.
- Personas que me muestran como hacer las cosas de la manera correcta.
- Personas que quieren que aprenda hacer las cosas por mí mismo.
- Personas que me han ayudado cuando estado enfermo, en peligro, o necesitado de una aprendizaje,

Yo soy.

- Todas las personas.
- Una persona que puede ser querida y amada.
- Una persona a la que le gusta hacer cosas buenas por los demás y expresar su preocupación.
- Una persona respetuosa de mí y de los demás.
- Una persona que se hace responsable de lo que hace.
- Una persona segura de que las cosas van estar bien.

Yo puedo.

- Hablar con los demás sobre las cosas que me preocupan no me molestan.
- Encontrar maneras para resolver los problemas a los que enfrento.
- Controlarme a mí mismo cuando sientas que voy rumbo algo que no está bien o es peligroso para mí.
- Darme cuenta cuándo es momento de hablar con alguien o tomar alguna acción.
- Encontrar alguien que me ayude cuando lo necesito

II. Objetivo

- El objetivo de la presente actividad es que el consultante ponga por escrito las tres fuentes de recursos personales que fortalecerán su resiliencia.

RESILIENCIA

- Yo soy_____
- Yo tengo _____
- Yo puedo_____

(Grotberg, 1995).

Entrevista Motivacional

I. Introducción

- La entrevista motivacional es una técnica que ha sido ampliamente difundida y que pretende trabajar con la ambivalencia de las personas. Frecuentemente encontramos después de un desastre natural un grupo de personas que debido al estigma, al género, o experiencias previas en psicoterapia que no han sido exitosas, no están muy seguros de querer recibir atención profesional, por un lado creen que los síntomas se van a pasar con el tiempo, pero por otro lado ya están viviendo ellos y sus familias los efectos negativos del malestar emocional. Para estas personas, y otras que ya han recaído, y qué por un lado creen que nunca van a cambiar, por otro quieren volver intentarlo, la entrevista motivacional surge como una oportunidad de emprender una conversación en donde el psicoterapeuta acepte incondicionalmente estos sentimientos y creencias a favor y en contra de recibir atención profesional. Se espera que el psicoterapeuta de una manera empática y no directiva apoye a la persona a hacer un análisis de cuatro puntos que pueden motivarlo a pedir ayuda, para movilizarlo a tomar la decisión de hacer una cita con el psicólogo o al psiquiatra, o que lo ayuden a salir de una recaída. Si bien la entrevista motivacional requiere un entrenamiento de al menos 40 horas, aquí presentamos los cuatro componentes por los cuales sugerimos que el psicoterapeuta podría intentar motivar a la persona al cambio.

II. Objetivo

- El objetivo del presente ejercicio es que el psicoterapeuta guíe a través de la entrevista motivacional a una persona que no está muy segura de realizar un cambio en términos de recibir ayuda profesional para tratar síntomas de malestar emocional después de un desastre natural.

BALANCE DECISIONAL

	Si cambio	Si no cambio
Ventajas	4	1
Desventajas	2	3

Miller &Rollinck (1998).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE CAMBIAR

- ¿Hasta qué punto creo que me interesaría cambiar?

0 ----------10

- ¿Si decido cambiar, hasta qué punto estoy convencido de que lo puedo conseguir?

0 ----------10

Miller & Rollinck (1998).

IMPORTANCIA

IMPORTANCIA

Mucha Importancia Poca Confianza	Mucho de las dos
Poco de las dos	Mucha confianza poca importancia

CONFIANZA

Miller &Rollinck (1998).

Terapia de exposición narrativa para estrés postraumático.

I. Introducción

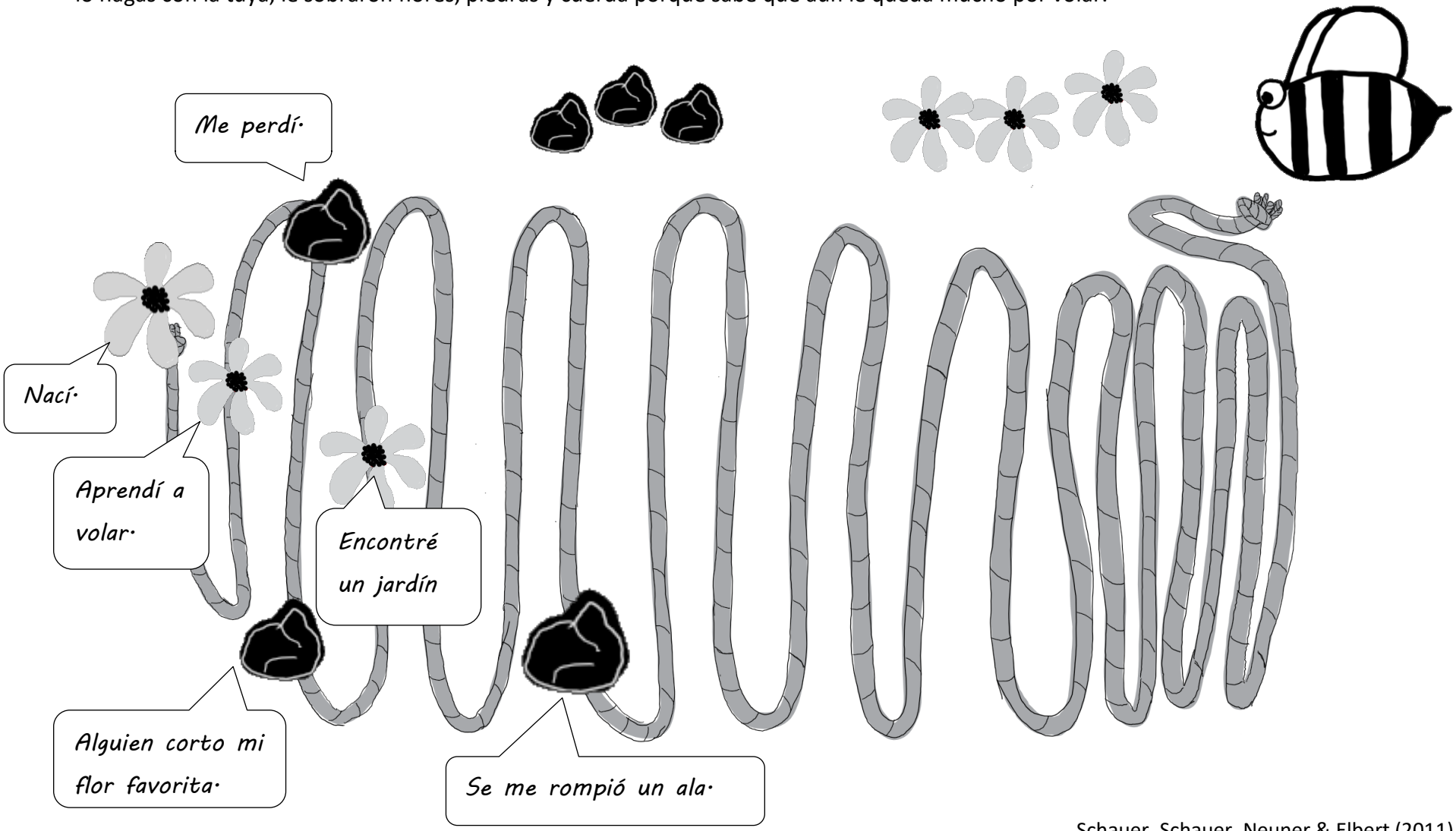
- Tomando como base la psicoterapia cognitivo conductual, y la terapia de exposición, Schauer, Schauer, Neuner, y Elber (2011) diseñaron una intervención breve particularmente para personas víctimas de situaciones de guerra y tortura. Es de tipo de intervención se ha utilizado especialmente con niños y adolescentes de países africanos, y es una intervención que puede ir de 3 a 6 sesiones.
- La manera de aproximarse al evento traumático es cualitativamente distinta. Se le pide al consultante en la primera sesión que narre la historia de su vida a partir de los eventos más agradables que le han ocurrido. Para ello se les solicita que dibuje una línea del tiempo, y en ella incluya una flor para cada evento agradable y lo nombre. Es un segundo momento se le pide que dibuje las dificultades a las que se ha enfrentado dibujando una piedra para cada evento. Si el psicoterapeuta cuenta con material podría utilizarse material concreto como una cuerda, flores y piedras naturales. Se puede pedir al consultante que dibuje el tamaño de la piedra de la flor con base a la importancia que tuvo esa situación en su vida. La tercera sesión se enfocará al hablar del evento altamente estresante o traumático. En esta sesión se puede pedir al niño O adolescente que narre con el mayor número de detalles del evento traumático de principio a fin, para ello puede apoyarse con dibujos, el psicoterapeuta estaba especialmente atento a los pensamientos que surgieron durante todo el evento traumático y a las conclusiones que llegó el consultante con base a la terapia cognitiva. Ellos eran los elementos que podrán trabajar si a través de la reestructuración. El psicoterapeuta apoyará al consultante a identificar conductas que ha estado evitando, la relación entre los cumple ocurrió en el evento y las conductas de hiper activación, Y tratará de acompañarlo a comprender porque después del evento traumático vino un ánimo negativo importante. En caso de contar con más tiempo para tener una cuarta quinta y sexta sesión, el psicoterapeuta ya sea utilizando dibujos, material concreto como títeres, muñecos de peluche, u otros, podrá guiar al consultante a narrar nuevamente el evento traumático y ayudarle a desmenuzar las distorsiones cognitivas que surgieron. Como tarea podrán ir acordando empleando la jerarquía de exposición situaciones a las que puede exponerse de manera gradual el consultante.

II. Objetivo

- El objetivo de la presente actividad es exponer a la persona al evento altamente traumático.

FLORES Y PIEDRAS, EJEMPLO

Aby, la abeja, sabe que en la vida hay momentos que la hacen sentir feliz y otros que la hacen sentir triste, cuando cuenta su historia le gusta representar los momentos felices con flores y los tristes o difíciles con piedras. Te mostrará como conto su historia para que después lo hagas con la tuya, le sobraron flores, piedras y cuerda porque sabe que aún le queda mucho por volar.



Schauer, Schauer, Neuner & Elbert (2011).

IZTACALA

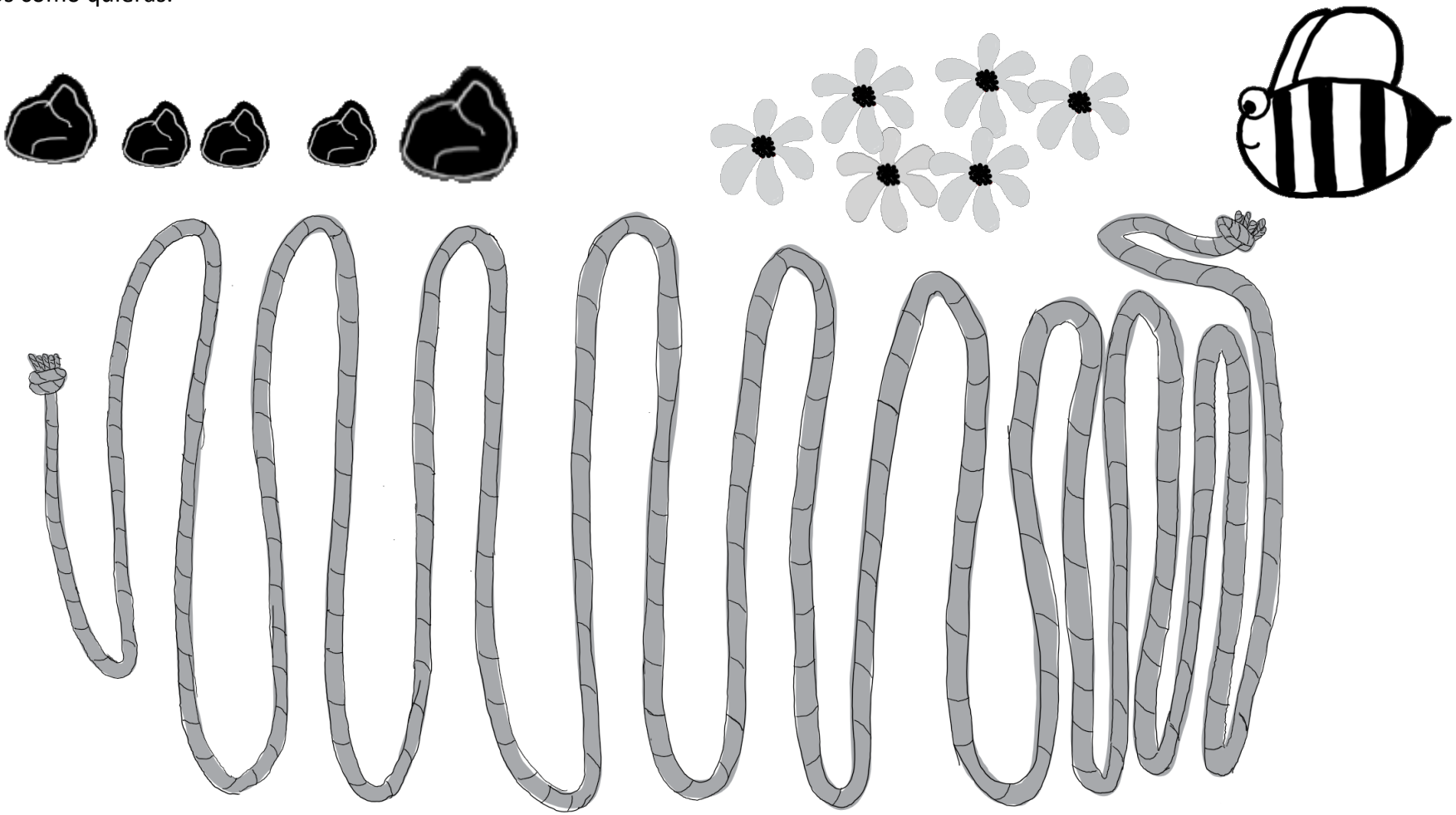
CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

CREAS
Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio

FLORES Y PIEDRAS

Aby quiere cuales han sido tus flores (momentos felices) y piedras (momentos los tristes o difíciles). Como puedes ver las flores y piedras no son del mismo tamaño, esto es porque las más grandes representan que ese momento te hizo sentir más feliz o trsite. Puedes agregar tantos como quieras.



Schauer, Schauer, Neuner & Elbert (2011).

IZTACALA

CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

CREAS
Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio

DIRECTORIO

Institución	Dirección	Horario	Teléfono
UNAM FES IZTACALA	Av. De los Barrios No.1, los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. De México	Lunes a viernes de 7:00 a 19:00 horas	5623 1382
UNAM FACULTAD DE PSICOLOGÍA	Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" Facultad de Psicología, UNAM. Ciudad Universitaria	8 A 18 HRS	5025 0855
UNAM FES ZARAGOZA	Av. Guelatao no. 66 Col. Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230	8 – 12 y 16 – 19 hrs	
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	Calz México-Xochimilco 101, Huipulco, 14370 Ciudad de México, CDMX	8 – 14 hrs	4160 5372
Consejo Ciudadano	Calle Amberes 54, Juárez, 06600 Ciudad de México, CDMX	8 – 21 hrs	5533 5533
SAPTEL Sistema de Apoyo Psicológico Telefónico	Av México 37, Hipódromo, 06100 Ciudad de México, CDMX		5259 8121
Locatel (Línea de orientación telefónica especializada, médica, jurídica, nutricional y psicológica)		24 horas	5658 1111

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. CDMX: Editorial Médica Panamericana.

Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (2005). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Cambridge: Basic Books.

Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y conceptualización. México: Gedisa.

Burns, D. (2009). Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones. Madrid: Paidós.

Ellis, A., Grieger, R. & Marañón, A. (1990). Manual de terapia racional-emotiva (Vol. 2). Barcelona: Desclée de Brouwer.

Foa, E., Chrestman, K. & Gilboa-Schechtman, E. (2008). Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide. Nueva York: Oxford University Press.

Greenberg, D. & Padesky, C. (1998). El control de tu estado de ánimo. México: Paidós.

Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. & Soto, O. (1998). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI).

Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11(2),* pp. 213-218.

Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, pp. 150-72.

Lazarus , R & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martiìnez Roca.

Miller, W. & Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.

Sapolsky, R. (2007). ¿Por qué las cebras no tienen úlceras?: la guía del estrés. México: Alianza Editorial.

Seligman, M. (2007). The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience. Nueva York: Houghton Mifflin Harcourt.

Selye, H. (1960). La tensión en la vida (el estrés). Buenos Aires: Fabril Editora.

Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F & Elbert, T. (2011). Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. Nueva York: Hogrefe Publishing.

Smith, J. (2009). Entrenamiento ABC en Relajación: Una guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Trejo, B., Pennebaker, J. & López, Y. (2008). Estrés postraumático (EPT). México: Trillas.

Ulloa, R., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R. & Hernández, L. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). Actas españolas de psiquiatría, 34(1).

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington: American Psychological Association.