

# Estrés

postraumático  
causado por sismos

Bases teóricas

**Carolina Santillán Torres Torija**

COORDINADORA



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

# **Estrés**

postraumático  
causado por sismos

Bases teóricas



Dr. Enrique Luis Graue Wiechers  
Rector



Dra. María del Coro Arizmendi Arriaga  
Directora

Dr. Ignacio Peñalosa Castro  
Secretario General Académico

Dr. Luis Ignacio Terrazas Valdés  
Secretario de Desarrollo y Relaciones Institucionales

Dr. Raymundo Montoya Ayala  
Secretario de Planeación y Cuerpos Colegiados

CP Reina Isabel Ferrer Trujillo  
Secretaria Administrativa

Dra. Ana Elena Del Bosque Fuentes  
Jefa de la Carrera de Psicología

MC José Jaime Ávila Valdivieso  
Coordinador Editorial

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

# Estrés

## postraumático causado por sismos

### Bases teóricas

Carolina Santillán Torres Torija  
**COORDINADORA**

#### **AUTORES**

Abner Soto González • María Luisa Tavera Rodríguez  
Maribel Sandoval Álvarez • Alba Luz Robles Mendoza • Violeta Espinosa Sierra  
Jorge Luis Salinas Rodríguez • Nélida Padilla Gámez • Mario Fausto Gómez Lamont  
Anabel De la Rosa Gómez • Mariana Linage Rivadeneyra • Luz de Lourdes Eguiluz  
María Luisa Plasencia • Miguel Marín Tejeda • David Alberto Rodríguez-Medina  
Benjamín Domínguez-Trejo • Luis Alberto Morales Hernández  
Irving Armando Cruz-Albarrán • Carolina Santillán Torres Torija



FES Iztacala, UNAM

2022

---

## Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas

**Nombres:** Santillán Torres Torija, Carolina, editor, autor. | Soto González, Abner, autor. | Tavera Rodríguez, María Luisa, autor. | Sandoval Álvarez, Maribel, autor. | Robles Mendoza, Alba Luz, autor. | Espinosa Sierra, Violeta, autor. | Salinas Rodríguez, Jorge Luis, autor. | Padilla Gámez, Nélida, autor. | Gómez Lamont, Mario Fausto, autor. | Rosa Gómez, Anabel de la, 1983-, autor. | Linage Rivadeneyra, Mariana, autor. | Eguiluz Romo, Luz de Lourdes, autor. | Plasencia, María Luisa, autor. | Marín Tejada, Miguel, autor. | Rodríguez-Medina, David Alberto, autor. | Domínguez Trejo, Benjamín, autor. | Morales Hernández, Luis Alberto, autor. | Cruz-Albarrán, Irving Armando, autor.

**Título:** Estrés postraumático causado por sismos : bases teóricas / Carolina Santillán Torres Torija, coordinadora ; autores, Abner Soto González, María Luisa Tavera Rodríguez, Maribel Sandoval Álvarez, Alba Luz Robles Mendoza, Violeta Espinosa Sierra, Jorge Luis Salinas Rodríguez, Nélida Padilla Gámez, Mario Fausto Gómez Lamont, Anabel De la Rosa Gómez, Mariana Linage Rivadeneyra, Luz de Lourdes Eguiluz, María Luisa Plasencia, Miguel Marín Tejada, David Alberto Rodríguez-Medina, Benjamín Domínguez-Trejo, Luis Alberto Morales Hernández, Irving Armando Cruz-Albarrán, Carolina Santillán Torres Torija.

**Descripción:** Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2022.

**Identificadores:** LIBRUNAM 2099463 (impreso) | LIBRUNAM 2121698 (libro electrónico) | ISBN 9786073028059 (impreso) | ISBN 9786073053846 (libro electrónico).

**Temas:** Trastorno por estrés postraumático -- Aspectos sociales. | Estrés (Psicología) -- Estudio de casos. | Terremotos -- Aspectos psicológicos. | Terremoto de la Ciudad de México, 2017.

**Clasificación:** LCC RC552.P67.S325 2021 (impreso) | LCC RC552.P67 (libro electrónico) | DDC 616.8521—dc23

---

### Estrés postraumático causado por sismos

Bases teóricas

Primera edición: enero 2022

D.R. © 2022 **Universidad Nacional Autónoma de México**. Ciudad Universitaria, Alcaldía de Coyoacán, CP 04510, Ciudad de México, México.

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**  
Avenida de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala,  
Tlalnepantla de Baz, CP 54090,  
Estado de México, México.  
[www.iztacala.unam.mx](http://www.iztacala.unam.mx)

**ISBN: 978-607-30-5384-6**

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

APOYO TÉCNICO

**MC José Jaime Ávila Valdivieso**

CUIDADO DE LA EDICIÓN

**Dra. Azul Gabriela Valdivieso Martínez<sup>†</sup>**

**PLH Jorge Arturo Ávila Gómora**

CORRECCIÓN DE ESTILO

**DG Héctor Antonio Caldera Roldán**

DIAGRAMACIÓN, DISEÑO DE PÁGINA, FORMACIÓN EDITORIAL Y DISEÑO DE PORTADA

Esta obra fue dictaminada por pares académicos nacionales e internacionales expertos en el tema y adscritos al Comité Editorial de la FES Iztacala.

Libro financiado por el Consejo Económico y Social de la Ciudad de México, a través del proyecto “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”.

**Impreso y hecho en México**

## AGRADECIMIENTOS

Al Comité Científico para la Reconstrucción y Futuro de la CDMX por su invaluable apoyo.

Al Consejo Económico y Social de la Ciudad de México por el financiamiento brindado para la realización de este trabajo.

A la directora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda, por su apoyo.

A las psicólogas Berenice García Dávila, Diana Karina Martínez Zamudio y Cecilia Vázquez de León por su incansable trabajo y compromiso.

---





## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| Prólogo.....   | I   |
| Prefacio.....  | VII |
| Psicólogos mexicanos ante<br>situaciones de desastre: una revisión histórica.....                                | 1   |
| Marco ético-jurídico ante situaciones<br>de desastres naturales en México.....                                   | 21  |
| Estrés postraumático y agudo y su impacto emocional:<br>definición y prevalencia en situaciones de desastre..... | 45  |
| Familias mexicanas<br>ante situaciones de desastre y la terapia en red.....                                      | 69  |
| Terapia de sesión única<br>después del sismo #19s en la comunidad LGBT.....                                      | 91  |

---

|   |     |
|---|-----|
| Terapia de exposición para estrés<br>postraumático en situaciones de desastre .....             | 109 |
| Eventos estresantes, su relación con el TEPT<br>y uso de sustancias en personas expuestas ..... | 133 |
| Resiliencia ante situaciones de desastre .....  | 147 |
| Cuidado del cuidador: un modelo<br>de terapia grupal para prevenir fatiga por compasión .....   | 173 |
| Procedimientos de evaluación<br>e intervención psicofisiológica breve .....                     | 201 |

## PRÓLOGO

Una de las principales aportaciones de la obra que aquí se presenta es contribuir a la formación de los futuros profesionales de la psicología y apoyarlos a trasladar parte de la evidencia científica contemporánea sobre el estrés postraumático (EPT) a otros profesionales y público de México. Lo que se intenta aquí es hacer una distinción útil de las iniciativas teóricas *vs.* aquellas estructuradas necesarias para lidiar con el complejo y costoso problema del EPT, definido por las anomalías de la función normal y por sus alteraciones sociales, culturales y económicas. Hoy día, los especialistas pueden optar por lidiar con las alteraciones funcionales, o bien, inclinarse por sus condicionantes socioculturales.

En este sentido, este libro representa un intento estructurado de convencer a los especialistas en psicología y áreas afines que el comportamiento y la experiencia son críticas para la futura comprensión y tratamiento del EPT. En él se incluye la discusión de varios temas principales que se entrelazan y contrastan: valiosos

---

aprendizajes acumulados del terremoto de 2017 (incluyendo las intervenciones durante y después del fenómeno sísmico), la preservación de la identidad a través de esas transiciones; interacciones con el comportamiento, como los niveles de competencia profesional de los psicólogos, la prevalencia de estos trastornos, el consumo de sustancias, fumar, dieta y ejercicio, con impacto en la salud; y los problemas prácticos de la prestación de asistencia sanitaria equitativa y adecuada.

Los capítulos que componen esta obra analizan tanto las interacciones mente-cuerpo como aquellas experto-paciente; es decir, comportamiento del paciente-víctima-sobreviviente o testigo, el rol del psicólogo y el marco de los problemas sociales y culturales que giran alrededor de estas.

Asimismo, tratan la relación y etapas de la interacción e intervención no farmacológica entre el psicólogo y el paciente; documenta los diversos mecanismos psicológicos que influyen en el buen desenlace del paciente-víctima-sobreviviente o testigo. Estos incluyen el conocimiento apuntalado en evidencia científica, el tratamiento que proporciona el psicólogo con la expectativa de alcanzar un beneficio, la percepción por parte del paciente-víctima de ser escuchado, el acuerdo de confianza mutua paciente-experto sobre la naturaleza del problema, la viabilidad y contingencia del tratamiento, alineado a un significado aceptable asociado al problema.

Cabe mencionar que las implicaciones prácticas de la investigación contemporánea sobre los efectos de las expectativas, en particular sobre el placebo y el nocebo (Colloca, Lopiano, Lanotte, & Benedetti, 2004<sup>1</sup>; Amanzio y Benedetti, 1999<sup>2</sup>), han remarcado la

---

<sup>1</sup> Colloca, L., Lopiano, L., Lanotte, M., & Benedetti, F. (2004). Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, *3*, 679-684. doi: 10.1016/S1474-4422(04)00908-1

<sup>2</sup> Amanzio, M. y Benedetti, F. (1999). Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: Expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems. *The Journal of Neuroscience*, *19*, 484-494.

importancia de las variables asociadas con la interacción especialista en salud-paciente, tal vez no sea sorprendente que Santillán, en consonancia con los autores de la mayoría de los capítulos del libro, abogan por la atención psicológica centrada en el paciente. Es difícil cuestionar la premisa básica de que los psicólogos deberían reconocer a sus pacientes como seres humanos en un estado de vulnerabilidad exacerbada, en lugar de solo como usuarios del conocimiento psicológico especializado.

Al respecto, un problema práctico, considerando las condiciones que prevalecen en los países con presupuestos bajos o medios, es la gran cantidad de tiempo que toma la atención psicológica centrada en el paciente. Escuchar con atención a este último es sólo el comienzo; los diagnósticos, a menudo, requieren una descripción elaborada y habilidades notables para la comunicación; luego, está el requisito de explorar una gama de opciones de tratamiento, valorando sus respectivos méritos (TCC, exposición, enfoque familiar, entre otras). Alcanzar un entendimiento sobre el impacto del trauma y el tratamiento en la vida de una persona puede ser agotador y, a menudo, resulta imposible.

Otro problema es tratar de decidir qué ayudará a un paciente particular. Algunos pacientes valoran la honestidad y franqueza, pero otros experimentan eso como brutal y burdo. Algunos pacientes valoran la preocupación por su bienestar emocional, pero otros perciben eso como intrusivo. En respuesta a estas dificultades, las instituciones académicas y las organizaciones producen largos protocolos, normas e instrucciones que son onerosos, restan valor y oportunidades de colaboración con otras especialidades y, con frecuencia, se reducen a una serie de “cajas de control” que pueden ser tan impersonales como el médico brusco que nunca nos ve a los ojos.

Considerando el número de capítulos, la capacidad de convocatoria es elevada; la necesidad de ejercer una revisión crítica del material es un problema secundario en todo el libro. Por ejemplo, los

capítulos 4, 5 y 7, que pueden categorizarse como el manejo de casos excepcionales o difíciles, ofrecen lineamientos que pueden conceptualizarse como clave para trabajar eficazmente con pacientes con trastornos funcionales (EPT), uno de ellos es evitar la tentación de dicotomizar a los pacientes como físicos o mentales, y de apegarse a encuadrar toda enfermedad en un contexto biopsicosocial.

Cabe señalar que el modelo biopsicosocial postula que la enfermedad es el producto de subsistemas biológicos, psicológicos y sociales que interactúan a múltiples niveles; el consejo no está mal, pero es demasiado vago y general. Este modelo es más descriptivo que directivo, no proporciona mecanismos de enfermedad ni ayuda con un diagnóstico específico por paciente. El concepto es tan amplio que casi cualquier diagnóstico y casi cualquier comportamiento de enfermedad puede subordinarse bajo la etiqueta biopsicosocial, sin avance obvio en la comprensión. Además, la insistencia en que se adopte un marco biopsicosocial niega la posibilidad de que algunos pacientes puedan beneficiarse de un enfoque más binario. Un paciente que “se apoya” en una enfermedad física para enmascarar un problema emocional, por ejemplo, podría beneficiarse de ser dicotomizado como tener un trastorno mental en lugar de un problema físico.

Una manifestación central del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una desconexión entre el estado fisiológico y los procesos psicológicos o de comportamiento necesarios para responder adecuadamente a las demandas ambientales. Los pacientes con TEPT experimentan oscilaciones anormales en estados autonómicos que soportan comportamientos de lucha y huida o retirada, la inmovilización y la disociación sin un estado intermedio de “calma” que puede proporcionar oportunidades para interacciones sociales positivas. Esta disposición autonómica defensiva en principio es adaptativa para situaciones peligrosas que amenazan la vida, pero en el contexto cotidiano puede contribuir a la angustia psicosocial y al deterioro de las relaciones sociales. La perpetuación de estas

respuestas autonómicas inadaptadas puede contribuir al desarrollo de problemas de salud mental comórbidos como depresión, soledad y hostilidad, lo cual modifica aún más la naturaleza del comportamiento cardiovascular y con el tiempo, cambios en la función autonómica, endocrina e inmune.

La evidencia convergente de los últimos 10 años, vista a través de la lente de los principios organizativos derivados de la teoría de Polyvagal (Porges, 2007<sup>3</sup>; Porges *et al.*, 2013)<sup>4</sup>, suministra una vía plausible, a través de la cual, el EPT categorizado como enfermedad crónica del órgano sub-diafragmático –incluyendo el dolor– pueden comprenderse como estados defensivos neurofisiológicos evolutivos provocados por la amenaza a la vida y el abuso. Cuando la causa orgánica no es evidente, los problemas funcionales o el dolor crónico difuso pueden ser un marcador de un sistema nervioso traumatizado.

En lugar de sólo centrarse en los síntomas de la enfermedad como órgano, tejido o vía específica, la comprensión de los principios organizativos, a través de los cuales, el sistema nervioso regula los órganos viscerales y las señales aferentes, puede conducir a enfoques integrativos que se basan en los circuitos de retroalimentación neurofisiológica evolutiva. Las aplicaciones recientes de la estimulación eléctrica del nervio vago (Burger *et al.*, 2019)<sup>5</sup> son prometedoras tanto para el tratamiento del EPT como para el dolor y los trastornos gastrointestinales funcionales. Estos tratamientos estimulan la señalización vagal aferente, lo que puede aumentar la regulación del complejo ventro vagal (VVC) y fortalecer los circuitos de

---

<sup>3</sup> Porges, S. W. (2007). The Polyvagal Perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009.

<sup>4</sup> Porges, S. W., Macellario, M., Stanfill, S. D., McCue, K., Lewis, G. F., Harden, E. R., Handelman, M., Denver, J., Bashenova, O. V., & Heilman, K. J. (2013). Respiratory sinus arrhythmia and auditory processing in autism: Modifiable deficits of an integrated social engagement system? *International Journal of Psychophysiology*, 30; 88(3), 261-70.

<sup>5</sup> Burger, A. M., Van der Does, W., Thayer, J. F., Brossochot, J. F., & Verkuil, B. (2019). Transcutaneous vagus nerve stimulation reduces spontaneous but not induced negative thought intrusions in high worrier. *Biological Psychology*, 142, 80-89.

retroalimentación relacionados con la seguridad natural del cuerpo que inhiben la señalización del dolor y promueven una regulación gastrointestinal eficiente. Esto sugiere que la estimulación del nervio vago probablemente influye en la vía general relacionada con el dolor y la nocividad, y puede tener beneficios para una variedad de problemas relacionados con la neurofisiología.

Por otra parte, existe evidencia creciente en el sentido que las características acústicas asociadas con estados de seguridad en los mamíferos están integradas en las bandas de frecuencia y modulación espectro-temporal (Stewart *et al.*, 2015)<sup>6</sup> y el trabajo preliminar demuestra que estas propiedades pueden ser efectivas para promover la activación del VVC para aplicaciones clínicas (Burger *et al.*, 2019).

Es deseable que las experiencias y innovaciones reseñadas en este libro se integren pronto con modelos integrativos (por ejemplo, teoría polivagal) en beneficio de personas afectadas por el EPT.

**Benjamín Domínguez Trejo**  
**Facultad de Psicología, UNAM**

*Ciudad de México, marzo 2019*

---

<sup>6</sup> Stewart, A. M., Lewis, G. F., Yee, J. R., Kenkel, W. M., Davila, M., Carter, C. S., & Porges, S. W. (2015). Acoustic features of prairie vole (*Microtus ochrogaster*) ultrasonic vocalizations covary with heart rate. *Physiology and Behavior*, 138: 94-100.



## PREFACIO

**E**l pasado sismo del 19 de septiembre de 2017 representó, por una parte, un desafío para la nueva generación de profesionales de la salud mental, en términos de atención psicológica urgente, y por otra, la confirmación de la solidaridad del pueblo mexicano. No obstante, también mostró que la organización, el tipo de atención y la estandarización de los primeros auxilios psicológicos a la población volvieron a quedar pendientes; asimismo, dejó al descubierto la necesidad de capacitar continuamente a los psicólogos adscritos a las instituciones de la Ciudad de México (CDMX) en un protocolo, con el fin de atender el malestar emocional en lo inmediato, pero también las problemáticas asociadas a las pérdidas en el mediano plazo.

Tras vivir un desastre natural, un gran número de personas percibe que su vida está en continuo riesgo, lo cual puede generar en el mediano y largo plazos dificultades emocionales, incrementar el consumo de sustancias, presentar síntomas de estrés agudo

---

(EA) o postraumático (EPT), sintomatología depresiva y conductas asociadas al suicidio.

El desastre natural no solo coloca al individuo en una situación que desafía la sensación de control y orden en lo cotidiano, sino que le enfrenta a un desgaste constante. Esto sin mencionar las pérdidas económicas, habitacionales, personales, de confianza en las instituciones y de la tranquilidad, lo cual se puede agravar cuando se trata de personas que se encuentran de por sí en alta vulnerabilidad socioeconómica, pues si antes contaban con pocas oportunidades de desarrollo y movilidad social, tras un evento de esta naturaleza, se colocan ante un mayor factor de riesgo de desarrollar un trastorno mental.

Mucho ha cambiado desde 1985, México es un país social, política y económicamente distinto al de entonces. Desde la psicología y desde el particular estudio de los eventos altamente estresantes y traumáticos<sup>1</sup>, 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 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. Por ejemplo, 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. Asimismo, la bibliografía reporta que infortunadamente, las publicaciones en habla hispana son mínimas en comparación con más de 100 catástrofes ocurridas entre 2001 y 2010 (Pineda y López-López, 2010)<sup>2</sup>. En este contexto, en las últimas

---

<sup>1</sup> El derrumbe de las torres gemelas de Nueva York en el 2001, el tsunami en el 2006, el sismo en Kumamoto en 2016, por mencionar algunos.

<sup>2</sup> 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.

décadas se ha 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 caso del sismo de 2017, ocurrido en México, diferentes agrupaciones de psicólogos, instituciones académicas y asociaciones implementaron el apoyo a la población haciendo uso de los primeros auxilios psicológicos. Ejemplo de este trabajo es el de Palacios y Téllez (2017)<sup>3</sup>, quienes en el estado de Morelos, integraron 16 brigadas de apoyo que asistieron a las comunidades más afectadas, generaron 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 de la experiencia traumática y, por otro, restablecer los recursos individuales cognitivos y emocionales antes de la crisis; asimismo, se buscó la prevención entrenando en el desarrollo de conductas que afectan la salud de los individuos y su capacidad de respuesta. A un mes del sismo, generaron otras acciones concretas como atender a grupos específicamente vulnerables, intervenir en los centros educativos, capacitar al personal de salud y escolar para implementar primeros auxilios psicológicos, derivar casos a instancias gubernamentales y organizar grupos de apoyo psicológico.

Como en otros desastres naturales, la academia participó de manera activa junto con el sector civil. Las facultades de Psicología y de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS) del Instituto Politécnico Nacional (IPN), entre otras casas de estudios, implementaron programas de atención psicológica para los estudiantes y la comunidad, cursos-talleres de primeros auxilios psicológicos a alumnos y egresados, y en un segundo momento,

---

<sup>3</sup> 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.

atención a los voluntarios que estuvieron en contacto con el desastre y seguimiento a la comunidad. Los egresados, en su vocación de ayuda, cumplieron con los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta, donde se establece que, durante una emergencia, los psicólogos pueden proveer servicios cuando los otros servicios de salud mental no están disponibles, aún cuando no hayan obtenido el entrenamiento necesario (Artículo 2.02, APA, 2016)<sup>4</sup>; de esta manera, dieron ayuda en las calles, albergues y en los centros de acopio.

Por su parte, la Secretaría de Salud de la CDMX, que incluye al Hospital de las Emociones y a los psicólogos adscritos al programa *Estoy contigo*, otorgó de forma gratuita atención psicológica y psiquiátrica a damnificados por sismo; su trabajo se realizó en dos vertientes: 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 se dispuso en la Clínica Especializada Condesa y se instalaron puntos de atención-contención psicológica. También se brindó tanto apoyo emocional, mediante brigadas de primeros auxilios psicológicos en refugios temporales, puntos críticos y carpas de salud mental en diferentes puntos de la CDMX, como capacitación rápida en el manejo de intervención breve a grupos o instituciones interesadas (Ahued-Ortega, 2018)<sup>5</sup>.

Otras organizaciones, como la Asociación Psicoanalítica Mexicana, participaron activamente habilitando líneas telefónicas o atención psicológica de emergencia en los refugios temporales. Asimismo, la UNAM habilitó servicios de primeros auxilios psicológicos en la Facultad de Psicología, en la FES Iztacala y en los campus distribuidos en la zona metropolitana, y proporcionó apoyo a distancia a través de distintas plataformas.

---

<sup>4</sup> American Psychiatric Association (APA) (2016). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: APA.

<sup>5</sup> 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.

Al hacer una reflexión sobre la atención brindada en 2017, Álvarez-Icaza y Medina Mora (2018)<sup>6</sup> señalan que la atención posterior al sismo, en términos de intervenciones psicosociales, tendría que estar enfocado a tres tareas:

1. Capacitación para los profesionales que requieran atender trastornos en el primer nivel de atención.
2. Detección oportuna del trastorno de estrés agudo y el duelo.
3. Detección y atención del estrés postraumático, abuso de sustancias y riesgo suicida.

Todas, mencionan los autores, tendrían que estar apegadas a las líneas de buenas prácticas ya establecidas por organismos internacionales.

En este sentido, y tras revisar la efectividad y organización de la atención psicológica a la población posterior al sismo de 2017, surgieron algunas necesidades, entre las importantes 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 o provocados por el hombre, con técnicas basadas en la evidencia.
- b) Capacitar continuamente a los psicólogos adscritos a la Secretaría de Salud de la CDMX en la atención de EPT.
- c) Implementar una estrategia de detección temprana y canalización de personas con sintomatología de EPT.

Al respecto, el presente texto desarrolla una propuesta para capacitar tanto a estudiantes de psicología como a egresados, psicólogos adscritos a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México,

---

<sup>6</sup> 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>.

y a la comunidad de profesionales de salud mental interesados en profundizar en el tema de la atención de la población después de un desastre natural como un sismo, no sólo como habitantes de la Ciudad de México y zona conurbada.

Consideramos primordial que una vez realizada la intervención de urgencia, es necesario dar seguimiento con el fin de establecer el protocolo de reacción y proponer el modelo de intervención psicológica relacionada con el impacto emocional en la población y la atención del estrés postraumático (EPT). Con base en los criterios internacionales para el diagnóstico de EPT, será necesario detectar aquellas personas que empiezan a desarrollar síntomas incapacitantes derivados del desastre natural. Es posible que algunas de estas personas comiencen a consumir sustancias para intentar paliar los síntomas de ansiedad, algunas de ellas de forma paralela desarrollarán 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, 2017)<sup>7</sup>, el Instituto Nacional de Psiquiatría, en sus *Guías clínicas* (Heinze y Camacho, 2010<sup>8</sup>; Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña, 2010)<sup>9</sup>, el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 2016)<sup>10</sup>, entre otras organizaciones, señalan que una de las mejores intervenciones para el tratamiento es la psicoterapia cognitivo-conductual.

Considerando lo anterior, y con el objetivo principal de establecer una estrategia de respuesta inmediata ante una situación de desastre en la CDMX se propuso diseñar el “Protocolo de reacción

---

<sup>7</sup> APA (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD*. Washington: APA. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

<sup>8</sup> Heinze, G. y Camacho, P. V. (2010). *Guía clínica para el Manejo de Ansiedad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

<sup>9</sup> Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

<sup>10</sup> Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) (2016). *Trastorno por estrés postraumático*. Nueva York: NIMH, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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”, cuyos objetivos particulares fueron:

1. Identificar, con base en la experiencia de trabajo en campo, necesidades de atención psicológica que el personal percibió ante la contingencia del sismo del pasado 19 de septiembre de 2017.
2. Diseñar un protocolo de reacción para psicólogos adscritos a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, después de un desastre.
3. Capacitar a una muestra de psicólogos que trabajan en instituciones de la CDMX, mediante 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 de 2017.
4. Capacitar a los no profesionales de salud mental (médicos, enfermeras, paramédicos, docentes) adscritos al Hospital de las Emociones, Secretaría de Salud y DIF como Guardianes de Emergencias Psicológicas para apoyar en la identificación y canalización de personas en riesgo de presentar una problemática de salud mental después del sismo.

De aquí se desprendieron actividades, de acuerdo con las fases siguientes:

a) Fase 1:

- Reuniones con funcionarios al frente del Hospital de las Emociones de la Ciudad de México, DIF y Secretaría de Salud de la CDMX, con el objetivo de conocer las características generales de los profesionales que recibirían la capacitación
- Generar una agenda de trabajo e identificar las necesidades de capacitación del personal

- Capacitar a cuatro egresados de la licenciatura en Psicología en el taller de Guardianes de Emergencias Psicológicas, después de un desastre
  - Planear la capacitación presencial y en línea para psicólogos
  - Diseñar y redactar el Programa de Atención
  - Convocar a diversos especialistas para diseñar y elaborar una obra de corte teórico sobre emergencias psicológicas en caso de sismo.
- b) Fase 2:
- Capacitar al personal para atender el impacto emocional en la población (estrés agudo y postraumático)
  - Publicar el manual de intervención
  - Publicar los vídeos para la capacitación a distancia
  - Publicar la obra teórica sobre emergencias psicológicas de un sismo
  - Capacitar a Guardianes de Emergencias Psicológicas
  - Supervisar casos.

De este proyecto se desprenden dos obras, el Programa de Atención, el cual incluye material para las sesiones con los consultantes del servicio de atención psicológica y la obra que el lector tiene en sus manos, que complementa dicho programa y que se conforma por 10 capítulos, lo cuales revisan el impacto psicológico en la población después de un desastre, desde distintos puntos de vista, entre ellos, la psicología jurídica, la psicología social, la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia familiar sistémica, el enfoque de género, atendiendo el autocuidado del cuidador, y la psicofisiología.

En el primero de ellos, Abner Soto González, María Luisa Tavera Rodríguez y Maribel Sandoval Álvarez llevan a cabo una revisión de la historia sísmica de México, así como de la intervención de psicólogos ante este tipo de desastres naturales. Por su parte, Alba Luz Robles Mendoza revisa, en el capítulo número dos, los marcos ético-jurídico,



conceptual y jurídico internacional en casos de desastres naturales; asimismo, proporciona antecedentes socio-jurídicos de la atención de desastres naturales en México y presenta los aspectos ético-jurídicos en el manejo ambiental y de prevención de desastres.

A su vez, Violeta Espinosa Sierra y José Luis Rodríguez Salinas plantean, en el capítulo tres, el impacto emocional de las catástrofes, revisan los criterios diagnósticos de estrés agudo y postraumático a lo largo de la historia y resaltan los síntomas más importantes; además, realizan un recuento de la prevalencia en trastorno por estrés postraumático.

En el capítulo cuatro, Nérida Padilla Gámez expone un marco teórico básico para entender los ciclos de la familia para después, reflexionar sobre el impacto que tiene un desastre natural en las particularidades de la familia mexicana. Mientras tanto, Fausto Gómez Lamont subraya, en el capítulo cinco, la importancia de tener sensibilidad al atender personas de la comunidad LGTBTTTIQA y analiza los principios teóricos y prácticos de la terapia basada en soluciones enfocadas a esta población.

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

Por su parte, Mariana Linaje Rivadeneyra estudia, en el capítulo siete, las intervenciones más efectivas para trabajar con estrés postraumático; utiliza un caso como ejemplo y se enfoca en la atención de problemas relacionados con el uso de sustancias derivadas de la experiencia de haber vivido el sismo; asimismo, presenta una intervención paso a paso, donde se combina un modelo para bebedores problema y terapia de exposición.

El concepto de resiliencia es retomado por Lourdes Eguiluz Romo y María Luisa Plasencia Vilchis en el capítulo ocho, en donde proponen estrategias para los individuos de las familias y las comunidades después de un desastre natural.

Miguel Marín Tejeda brinda, dentro del capítulo nueve, provee de algunas herramientas para estar atento al profesional de la salud mental, cuando aparecen consecuencias del trauma vicario y, con base en un modelo de autocuidado como marco conceptual, propone la posibilidad de prevenir el síndrome de fatiga por compasión.

Por último, en el capítulo 10, David Rodríguez Medina, Benjamín Domínguez Trejo, Luis Alberto Morales Hernández e Irving Armando Cruz Albarrán narran su experiencia con el uso de procedimientos de evaluación e intervención psicofisiológica breve, después del sismo, para identificar aquellas personas que estarán en mayor riesgo de desarrollar EPT.

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

**Carolina Santillán Torres Torija**  
Coordinadora

# 1

## PSICÓLOGOS MEXICANOS ANTE SITUACIONES DE DESASTRE: UNA REVISIÓN HISTÓRICA

Abner Soto González  
María Luisa Tavera Rodríguez  
Maribel Sandoval Álvarez

*Nuestra tarea es historiar estos saberes para  
que puedan ser la base de acciones futuras*  
Alfonso Díaz

### Definición

**P**ara dar inicio a este capítulo es primordial contestar la interrogante ¿a qué llamamos desastre? Dentro del lenguaje coloquial, se entiende como una desgracia o calamidad, lo cual resulta ambigüo. Para ser precisos, es necesario señalar que es sinónimo de catástrofe y 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).

---

Por su parte, Campuzano *et al.* (1987) establecen una primera división sobre los desastres, referida a aquellos ocasionados por los hombres o sociales, como incendios, explosiones o guerras; y una segunda división para los naturales, cuya característica principal es ser menos previsible, como terremotos, inundaciones, avalanchas, maremotos, tifones y erupciones volcánicas.

Desde un punto de vista sociológico, un desastre puede entenderse como una situación que forma parte de una categoría más amplia y produce una importante tensión colectiva, disparada cuando varios miembros de un sistema no reciben apoyo (Labra y Maltáis, 2013).

### **Intervención ante un desastre**

En la mayor parte de los casos de un desastre 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 estar en condiciones para actuar rápida, eficaz y coordinadamente.
2. Crear equipos de intervención especializados en cada tipo de desastre, en especial los 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 situaciones u objetos que puedan agravar los efectos del desastre, por ejemplo, limpiar las ramas secas de los bosques para evitar incendios, reforestar zonas susceptibles de inundación, entre otros.

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 de manera adecuada.

Además, es recomendable que las autoridades regionales apliquen medidas como :

1. Identificar los peligros potenciales para la región, crear planes para reducirlos y actuar en caso de que se hagan realidad.
2. Levantar mapas de las zonas vulnerables a catástrofes, como inundaciones, deslizamientos, avalanchas, entre otros.
3. Crear un programa de entrenamiento del personal local para responder a urgencias, así como ejercicios de simulacro para poner a prueba sus capacidades.
4. Aplicar un programa de educación pública para actuar en caso de desastre.
5. Organizar y mantener sistemas de comunicación, incluyendo uno para alertar a las autoridades y a la población sobre riesgos eventuales.
6. Establecer un sistema de información pública de urgencias.
7. Crear planes para definir las condiciones que podrían constituir una urgencia.
8. Elaborar un inventario del personal y de los recursos tanto del gobierno como del sector privado que pueden estar disponibles en situación crítica.
9. Organizar y mantener un albergue, que incluya sistemas de recepción y cuidado de la población.
10. Establecer acuerdos de cooperación con otras entidades para proporcionarse mutuamente servicios, equipo, personal y otros recursos en caso de un desastre.
11. Elaborar programas regionales y nacionales para asegurar asistencia técnica y financiera.

Cabe mencionar que durante un evento potencialmente catastrófico existe 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 reaccionan los servicios públicos.

En este sentido, los expertos indican que es conveniente proporcionar a la población de recomendaciones simples, formuladas en lenguaje llano. Por su parte, Myers (2006) considera esencial un plan de salud mental como parte del auxilio después de una catástrofe, el cual debe coordinar las respuestas de los especialistas y organizaciones en este campo que participen en el servicio. Asimismo, sugiere 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. Otra medida de Myers tiene que ver con ofrecer los servicios de salud mental a los sobrevivientes, los cuales deben incluir 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. Por último, señala que la participación del psicólogo en las actividades descritas anteriormente es fundamental, así como el apoyo a los rescatistas y voluntarios que participan en las diferentes labores de asistencia.

Ahora bien, cabe aquí realizar una distinción entre terremoto, sismo y temblor. Si bien la Real Academia Española los considera sinónimos, en algunos países la diferencia radica en la intensidad, es decir, cuando la magnitud es menor a los 6° en la escala de Richter se habla de un temblor y cuando supera los 6° nos referimos a un terremoto. El primero 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; el segundo puede causar desplazamientos de la corteza terrestre, corrimientos de tierras, maremotos (conocidos también como *tsunamis*) o actividad volcánica.

## **México y su historia sísmica**

La República Mexicana se encuentra localizada en un área con alta actividad sísmica conocida como Cinturón Circumpacífico, donde convergen cinco placas tectónicas: Caribe, Pacífico, Norteamérica, Rivera y Cocos. Diariamente, el Sistema Sismológico Nacional (SSN) reporta, en promedio, cuatro sismos con una magnitud igual o superior a 3.5° en la escala de Richter, siendo Guerrero, Oaxaca y Chiapas el 80% de los epicentros.

A lo largo de su historia, México ha afrontado diversos terremotos. El primero del que se tiene registro formal ocurrió el día 28 de marzo de 1787. Reconocido como el más grande en el país, también nombrado “el gran tsunami mexicano”, alcanzó una magnitud de 8.6 grados con epicentro en las costas de Oaxaca; provocó uno de los mayores daños en la historia de ese estado, al inundarse todo a su paso hasta 6 km tierra adentro, cerca de Pochutla (hoy Puerto Ángel) y se extendió aproximadamente a lo largo de los 450 km que abarcan las costas oaxaqueñas. En los reportes de la época no se mencionan pérdidas humanas, debido a que era un lugar con poca población.

El 19 de noviembre de 1912, en Acambay, Estado de México, se registró un terremoto con magnitud de 7°; los daños fueron importantes en la región, la escasa infraestructura y varios poblados quedaron severa o completamente destruidos. Ocho años después, el 3 de enero de 1920, en Xalapa, Veracruz, se registró un nuevo siniestro con magnitud de 6.4°, provocando la muerte de más de 600 personas debido a deslaves en las laderas del Río Huitzilapan.

El 27 de julio de 1957 tuvo lugar el “Sismo del Ángel”, conocido así debido a que provocó la caída del monumento a la Independencia inaugurado en 1910 por Porfirio Díaz. El epicentro se ubicó en el sureste de Acapulco y tuvo una magnitud 7.8°. La Ciudad de México registró un saldo de 700 muertos y 2500 heridos, lo que lo coloca como el tercero más mortífero en la historia de México.

En septiembre de 1985, ocurrió, sin duda, una de la más grandes tragedias de las que se tenga registro en nuestro país. El terremoto con magnitud de 8.1° con epicentro en las costas de Michoacán es considerado el más mortífero; no obstante, la mayor parte de las afectaciones y pérdidas humanas se concentraron en la capital del país. Las cifras oficiales indicaron que fallecieron 5 mil personas; no obstante, otras estimaciones arrojan más de 10 mil decesos, cerca de 50 mil heridos, al menos 250 mil personas sin hogar, más de 770 edificios colapsados o severamente dañados, y pérdidas económicas que representaron 2.1% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional y 9.9% del de la Ciudad de México.

A finales del siglo xx, en 1999, ocurrieron en Puebla (15 de junio) y Oaxaca (30 de septiembre), dos terremotos con magnitudes de 7° y 7.5°, 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 (Meza, 2015).

Ya en el siglo xxi, se registró el “El Mayor-Cucapah” en Mexicali, Baja California, el 4 de abril de 2010, con una magnitud de 7.2°. Este movimiento originó una falla de corrimiento lateral derecho con 120 km de longitud en dirección a la ciudad fronteriza. Se registraron dos decesos, cerca de 100 lesionados y daños severos en la infraestructura de canales de riego, vivienda, carreteras, puentes, escuelas y hospitales.

El 20 de marzo de 2012, en Ometepe, Guerrero, se registró un nuevo movimiento telúrico que alcanzó una magnitud de 7.5°. Se



distinguió por tener la mayor cantidad de réplicas registradas en terremotos mexicanos, con 44 eventos de magnitud superior a 4.5° durante los primeros 30 días posteriores al evento. En comparación con el de 1985, tuvo tres veces más réplicas en ese rango de magnitud.

En fechas más recientes, la noche del 7 de septiembre de 2017 registró en los estados de Chiapas y Oaxaca 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).

Un segundo evento ocurrió el 19 del mismo mes y año. El SSN reportó, primero, una de magnitud 6.8° con epicentro en el estado de Puebla, que después fue corregido a magnitud 7.1° con epicentro en el límite entre los estados de Puebla y Morelos. Este terremoto ocurrió a solo dos semanas del sismo de mayor magnitud en casi un siglo, y exactamente a 32 años del más mortífero en la historia del país, ocurrido en 1985. Luis Felipe Puente, coordinador nacional de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación, informó al *The New York Times*, que se registraron 147 personas fallecidas: 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 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 y encontraron en la población valorada (524 sujetos) que 32% presentaba estrés post-traumático. En segunda evaluación, con 641 personas que se encontraban en albergues en la Ciudad de México, 96% había tenido

pérdidas materiales, 28% familiares y amigos, y presentaron estrés postraumático 18% con ansiedad generalizada y 14% estados depresivos. También menciona que, en México, 13% de la población urbana estuvo expuesta a una situación de desastre, la cual oscila entre 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.

En la investigación realizada por el programa de atención psicológica del IMSS, sobre las características epidemiológicas del daño, Padilla (1986) detectó que la población cubierta presentó en 73% de los casos, crisis leves y compensadas. De esta población, 16% sufrió crisis con descompensación moderada, mientras que 11% lo hizo con 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, materiales, desapariciones, entre otras, y hay ciertas características similares en la vivencia de crisis, como: 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 de este, consiste en un intento de omisión de la realidad latente por el evento; 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 pensamientos, sentimientos e imágenes que habían permanecido guardadas y que ahora empiezan a tener un nuevo significado; por último, la *terminación*, llamada también nuevo comienzo (Bridges, citado en Pineda y López-López, 2010) consiste en un momento de reintegración o adaptación de la experiencia vivida a la historia de vida.

Si bien no necesariamente 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, personalidad, edad más joven, bajo nivel socioeconómico, nivel educativo, estado de grupo minoritario y género, mientras que el apoyo social es considerado como un factor protector. Ante dichas descripciones, es necesario considerar la importancia de 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**

Si bien el país ha enfrentado varios terremotos, el de septiembre de 1985 muestra 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, la población civil se lanzó a la calle en busca de parientes, amigos o simplemente a ver cómo se podía ayudar a quien lo necesitara. La población tomó la ciudad y comenzó el salvamento de las víctimas, bajo organización espontánea, sin orden alguno y de acuerdo con las posibilidades de los voluntarios que se presentaban en cada sitio; de esta manera, se volcaron a la labor humanitaria de ayudar, de cualquier manera, a vecinos en desgracia.

Por su parte, 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 lo solicitaban, calmaban a la población rogando que no se acercaran a las áreas más dañadas para no obstaculizar el rescate y la remoción de escombros, entre otras acciones. Las universidades formaron grupos de auxilio, traslado de víveres y equipo, 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, entre otras acciones.

En este contexto, la salud mental en números arroja que casi 2 mil 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 5700 personas en otros lugares, así como a 2500 rescatistas. También funcionó un servicio telefónico de asesoría, que atendió más de 4500 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 a 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 llevó a cabo por medio de la participación comunitaria, capacitación a cerca de mil promotores de salud y a 100 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 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) llevó 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 elaboró 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 alto riesgo y la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala, constituyó un comité de auxilio que se dividió en tres comisiones: 1) Información y Enlace, 2) Abastecimiento y 3) Asesoría Psicológica.

La Comisión de Información y Enlace constituyó un centro de recopilación de información con los objetivos siguientes:

- a) Concentrar informes sobre los servicios ofrecidos por diferentes organizaciones o personas a los grupos de auxilio y rescate, así como a los damnificados.
- b) Concentrar informes sobre las solicitudes de ayuda de los equipos de auxilio y rescate y de los grupos de damnificados.
- c) Canalizar las brigadas de auxilio psicológico de Iztacala a los demandantes de ayuda.
- d) Poner en contacto a los solicitantes de apoyo con las instancias que lo ofrecían o viceversa, según las necesidades.

En las condiciones caóticas que reinaban en la ciudad, este trabajo fue de importancia fundamental en los días que siguieron al sismo. Mientras tanto, la Comisión de Abastecimiento tuvo como función principal distribuir agua, alimentos, medicinas y ropa en las zonas de desastre, y organizar un servicio de atención psicológica especializada en crisis.

Por último, la Comisión de Asesoría Psicológica 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 gran importancia. La estrategia de trabajo siguió dos pasos:

1. Localizado un albergue, enviar a 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, citado en Ramos y Rea, 2017) señala que cada quien hizo lo que pudo y la mayor parte de las ocasiones no supo si su tarea tuvo efectos positivos, los psicólogos que todavía no eran valorados 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. A pesar de ello, 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 otra parte, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) preparó a psicólogos profesionales y voluntarios en la asistencia en situaciones de crisis por medio de los seminarios de formación de emergencia (Carrillo, 1986). Su objetivo fue proporcionar los instrumentos teóricos, técnicos y operacionales para enfrentar las emergencias psicológicas, individuales y colectivas. Un grupo trabajó en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) en la preparación de maestros como agentes de salud para la prevención de la enfermedad mental en niños.

La Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) también participó en la ayuda psicológica en diversos niveles y formas. 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 tras los sismos (Palacios, Cueli, & Camacho, 1986). La ruptura de la comunicación telefónica nacional llevó a una sobrecarga emocional de los canales de comunicación masivos, aunados 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. De esta manera, el trauma psicológico fue magnificado, aún más tras el segundo sismo.

Ante esta tesis, algunos miembros de la APM se abocaron principalmente a la atención de población joven, considerada como más afectada. En un programa especial dirigido a niños, se asistió a 48 escuelas (Cuevas y Noriega, 1986) con terapia grupal. Dupont (1986) menciona que la APM trabajó en la capacitación de multiplicadores de apoyo psicológico en la asistencia directa a damnificados en los albergues, así como en casos especiales de damnificados que estuvieron atrapados en los escombros (Remus, 1986).

Tras la reacción casi instintiva que manifestaron los psicólogos al momento del sismo, Reyes y Elhai (2004) presentaron cinco tipos de intervención para la atención en desastres.

1. 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.
2. Psicoeducación como herramienta de prevención para la actuación posdesastre; 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.
3. *Debriefing* psicológico, cuya intención es que por medio de un interrogatorio dirigido por un profesional, las personas expresen la manera cómo vivieron la experiencia del desastre y se realiza de manera individual o en grupo.
  4. *Defusing*, propone, a manera de metáfora, desactivar el mecanismo que pueda activar “la bomba” de la psicopatología, facilitando a la víctima del desastre un espacio para la expresión emocional.
  5. 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.

En 2006, Myers puntualizó 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. Cabe señalar que un desastre es un evento complejo que incluye componentes humanos, burocráticos y políticos, 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 ello, es primordial una coordinación especial de las personas y organizaciones que colaboran. Por lo regular, las autoridades locales se ven desbordadas y son incapaces de reaccionar rápida y adecuadamente por varias razones, por lo 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, en 2010, Figueroa, Marín y González señalaron 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 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 un terremoto, erupción volcánica, tormenta, entre otras (Pineda y López-López, 2010).

En consecuencia, ante los eventos sucedidos en México, el 7 y 19 de septiembre de 2017, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz” es comisionado para dar atención a la salud mental de personas afectadas por situaciones críticas y de desastre, y considerar esta atención como parte integral de las acciones de la Secretaría de Salud. Por tanto, el diseño de 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 CDMX. Durante y tras el sismo de 19 de septiembre de 2017, la Secretaría de Salud, los Servicios de Salud Pública y la Agencia de Protección Sanitaria de la Ciudad de México instrumentaron un plan de atención integral que

comprendió acciones sociales, médicas y sanitarias. Desplegaron brigadas de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, verificadores sanitarios y personal administrativo debidamente identificado 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, brindando orientación y asesoría telefónica a la población, recibiendo y monitoreando solicitudes de atención a la salud que los afectados presentaban. Asimismo, puso en marcha el programa “Estoy contigo” que brindó apoyo psicológico y emocional a través de dos vertientes: la línea telefónica de medicina a distancia y 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 mil atenciones a adultos y niños con problemas emocionales.

A partir de las jurisdicciones sanitarias, se organizaron 2100 brigadas de atención médica integral, coordinadas por la Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva. Además, instalaron 22 carpas de atención integral en nueve delegaciones políticas, donde se proporcionó servicio médico, atención psicológica, curaciones y vacunas. Sin embargo, en entrevista realizada al Dr. Álvarez (2018) señala que la reacción ante los sismos del 2017 fue un caos, que los programas previamente establecidos con tradición en la atención psicológica a las víctimas de desastres fueron ignorados, obstaculizados, ridiculizados, menospreciados y que, en el mejor de los casos, obligó a tomar iniciativas a pesar de las contrariedades que las autoridades promovían en general.

Asimismo, prometieron acciones que no se cumplieron, ya que solo se interesaron en casos manipulados por los medios; por ejemplo, el caso de la niña Frida del Colegio Rébsamen y buscar la numeralia que justificara sus acciones con el único fin de llenar formatos y estadísticas que los pudieran dignificar ante la opinión pública. A pesar de dicho caos, el doctor menciona que 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 prestigiosos como la Cruz Roja, Médicos sin Fronteras y otras organizaciones civiles o religiosas captadas por los damnificados desde el inicio y de buena forma.

Como resultado del trabajo, ya sea de forma instintiva o a través de una formación específica, hoy día, 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, dependiendo del grado de exposición que tenga con el evento, las experiencias previas y de algunos otros factores relacionados con la respuesta del individuo. Algunos efectos pueden ser estrés agudo y ansiedad en una primera etapa, trastorno por estrés postraumático, depresión y abuso de sustancias meses después e incluso, riesgo suicida hasta al año de vivenciar la experiencia. Dicha situación lleva a pensar que una intervención psicológica temprana ayudaría en mucho a mitigar los efectos negativos de los desastres en la salud mental de la población, en una evaluación de forma grupal, en lugar de individual, así como recuperar las condiciones sociales y económicas, porque ayuda a mejorar en mayor medida la protección de la salud mental.

## Referencias

- 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.
- 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. *Salud Pública de México*, 6(1). Tlalpan, México.
- Álvarez, J. (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>.

- Campuzano, M., Carrillo, J. A., Díaz Portillo, I., Döring, R., Dupont, M. A., Islas Mendi-zábal, L. y Tubert, J. (1987). *Breve interludio teórico. Los desastres naturales y sus repercusiones psicológicas. Psicología para casos de desastre*. México: Editorial Pax-México.
- Carrillo, J. (1986). *Lo que el sismo develó*. 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)
- Figuroa, R., Marín, H. y González, 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.
- Galindo, E. (Ed.) (2009). *Intervención de los psicólogos de la UNAM Iztacala después de los sismos de 1985 en México*. México. AMAPSI Editorial.
- 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. (2013, dic). Consecuencias de los desastres naturales en la vida de las personas: síntesis de la literatura y orientaciones para la intervención psicosocial. *Revista Trabajo Social*, 85, 53-67.
- Martínez, 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. *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., & Camacho J. (1986). *The Traumatic Effect of Massive Communication in the Mexico City Earthquake. Crisis Intervention and Preventive Measures*. México: APM. (Inédito)
- 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(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. (2017). El cuidado después del sismo. *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.
- Slaikou, K. (2000). *Intervención en Crisis*. México: El Manual Moderno.
- (S/A) (2017). Un fuerte terremoto sacude México; hay un centenar de muertos. (19 de septiembre del 2017). *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/es/2017/09/19/temblor-sismo-mexico/>.
- 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)



# 2

## MARCO ÉTICO-JURÍDICO ANTE SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES EN MÉXICO

Alba Luz Robles Mendoza\*

### Introducción

**D**espués de un desastre natural, la mayor parte de los gobiernos nacionales se ven obligados a utilizar parte de los recursos económicos públicos para la reconstrucción de viviendas y prevención ante posibles réplicas, en especial en poblaciones vulnerables, con el fin de, en la medida de lo posible, restablecer las estructuras sociales del país.

Cuando la magnitud de los desastres sobrepasa la capacidad de respuesta, los gobiernos se ven en la necesidad de solicitar recursos a otros países, organizaciones internacionales o asociaciones no gubernamentales, los cuales se canalizan través de donaciones y préstamos económicos a corto, mediano y largo plazo. Contar con protocolos de atención en casos de catástrofes es indispensable para conocer los procesos y reglas de funcionamiento

---

\* Jefa de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

de los regímenes administrativos nacionales y regionales para este tipo de ayuda, lo cual impacta directamente en las dotaciones presupuestarias de la nación.

La ética, en este sentido, adquiere un papel preponderante, tanto en la conducta de las y los profesionales involucrados como por parte de las aseguradoras financieras públicas y privadas que sostienen las circunstancias propias del desastre natural. Por ello, se requieren sistemas reguladores jurídicos y económicos de carácter gubernamental, para agilizar la entrega y buen uso de los recursos, de forma transparente y socialmente extendidas.

Países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Noruega y Bélgica dan cuenta de este tipo de acción gubernamental y no gubernamental, antes y después de eventos catastróficos de índole natural, fortaleciendo así, la creación de mecanismos de financiamiento de actividades de rehabilitación y recuperación de zonas afectadas a través de aseguradoras públicas. Por su parte, y de acuerdo con estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (2020), América Latina y el Caribe constituyen la segunda región, después de Asia, más propensa a los desastres naturales, como huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos, sequías, incendios forestales e inundaciones, los cuales han afectado a 152 millones de personas en los últimos 20 años, dejando pérdidas económicas que rondan los 150 mil millones de dólares.

El desarrollo económico y social de los países de esta región podrían comprometerse si no se adoptan las medidas necesarias para reducir los impactos de estos desastres. Por ello, es necesario fortalecer la capacidad de resistencia frente estos, a través de marcos jurídicos y acciones concretas que contribuyan a prevenir consecuencias negativas y mitigar los impactos económicos.



## 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, que es, en todos los casos, un impacto ambiental desfavorable (Cardona, 1996).

Diferentes culturas han desarrollado 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. No obstante, a pesar de los avances científicos y tecnológicos actuales, aún 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 y capacidad de recuperación tienen un papel fundamental en estos desastres, debido a su significativa relación con la posible ocurrencia de discontinuidades. El primero de estos conceptos puede definirse como el grado de exposición de un elemento o de un conjunto de elementos frente a la

ocurrencia de un peligro o amenaza. Si bien se reconocen distintas acepciones para el término *resiliencia*, para efectos de este apartado, se entiende como la capacidad que tiene una sociedad o un ecosistema para absorber el impacto negativo de un evento adverso y recuperarse del mismo. La resiliencia está ligada a la seguridad humana, en el sentido que aquellas comunidades que se consideran más seguras, son también las más resilientes.

Las *discontinuidades* en el medio ambiente pueden considerarse de tres tipos: las que nunca han ocurrido y son demasiado remotas, como la aparición de un “hueco” en la capa de ozono en la Antártida; las que nunca han ocurrido, pero son probables, como el calentamiento por el efecto invernadero; y aquellas que por analogía histórica o por su razonable entendimiento, pueden ser previsibles, como terremotos, erupciones volcánicas, 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 Cardona, 1996).

Por otra parte, el *riesgo* se entiende 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, es dinámico y variable (Ulloa, 2011).

Ahora bien, el término *amenaza* es usado para describir el peligro latente que se presenta ante una variedad de fenómenos de origen natural o humano, donde los desastres representan 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, como resultado, se condensa en un impacto ambiental. Así, 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: 1) de origen natural o generados por los procesos dinámicos propios del planeta; 2) socio-naturales, si afectan a los seres humanos y sus procesos de desarrollo y 3) inducidos por la actividad o acción de las personas.

Si bien desde el punto de vista científico impacto ambiental intenso podría considerarse como un desastre, se reconoce como tal, solo aquellos que modifican de forma significativa 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 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 solo los demográficos, pues en diversas ocasiones desastres supuestamente naturales en realidad son de origen antrópico, es decir, debido a la degradación del medio ambiente por el ser humano (Cardona, 1996).

En varios países se presentan continuos fenómenos de origen natural y antropogénico<sup>1</sup> cuyos efectos se maximizan como consecuencia de su desordenado crecimiento urbano y del tipo de tecnologías utilizadas en estos asentamientos. El riesgo podría reducirse si se entiende como 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 utilización de tecnologías sustentables, regulación de usos de suelo y protección del medio ambiente, son base fundamental para reducir consecuencias de amenazas o peligros naturales y tecnológicos, además

---

<sup>1</sup> Definido como el conjunto de efectos producidos por las actividades humanas en el medio ambiente.

del marco jurídico que delimite las acciones y medidas preventivas para hacer frente a un desastre natural.

### **Marco jurídico internacional en casos de desastres naturales**

La promulgación de leyes y normatividades que regulen instituciones, fondos y fidecomisos nacionales e internacionales en torno a los recursos económicos y humanos que se ocupan posterior a un desastre natural resulta un tema trascendental. La concentración de personas y bienes en zonas geográficas de alta vulnerabilidad ante 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 por las catástrofes naturales que se han registrado en estas últimas tres décadas. Algunas soluciones que se han encontrado en diferentes países son la contribución y apoyo de instituciones internacionales como el Banco Mundial y el empleo de mecanismos para financiamiento de riesgo a través de aseguradoras públicas y privadas, las cuales dependerán de su régimen legal y constitucional, así como de las particularidades de las catástrofes más comunes para cada uno de los estados. El Consorcio de Compensación de Seguros (2008) realizó un análisis de estas legislaciones internacionales; a continuación, se revisan ejemplos de responsabilidad de algunos países ante las catástrofes naturales.

El primer caso es el de Dinamarca, país que a través de la Ley 340/91 de Compensación de Daños Causados por Tormenta, desarrolló 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.

Por su parte, la Constitución de Austria atribuye a los Estados las competencias para hacer frente a los daños por desastres naturales por medio de la Ley de 1966, a partir de la cual se creó 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 como inundaciones, avalanchas, terremotos, deslizamientos de terreno, huracanes o granizo.

En el caso de Bélgica, la Ley de 1992 contempla la creación del Fondo Nacional de Calamidades, con objeto de contribuir a la reparación de daños causados a bienes privados por eventos naturales de intensidad excepcional (inundación o terremotos). Es una ayuda pública a 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 las aseguradoras 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.

En Canadá, los Acuerdos de Ayuda Financiera en Casos de Catástrofes, que entraron en vigor en 1970, constituyen 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 en las personas, a través de la contratación de pólizas en las compañías de seguros privados reguladas por la Oficina de Seguros de Canadá.

Por su parte, en Estados Unidos es mínimo el respaldo del gobierno federal para apoyar a los damnificados, deja la responsabilidad a los particulares y sus bienes a manos de la comercialización del seguro por las compañías privadas; sin embargo, rescatamos el Programa Nacional de Seguro de Inundación a nivel federal, a partir del cual se decretaron en 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, Japón, cuya Ley 73/66 establece el Seguro de Terremoto para Viviendas, el cual contempla la participación de todas las pólizas en un sistema de reaseguro específico, combinando la participación pública y privada. El sistema japonés garantiza al asegurado 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.

Para el caso de América Latina, Szlafsztein (2006) analiza algunos marcos jurídicos y administrativos que existen y aquellos que presentan acciones concretas ante la ocurrencia de eventos de catástrofes naturales, hecho que tiene un papel importante en la prevención, preparación, mitigación y acción frente a estos desastres. A continuación, se presentan algunos ejemplos.

En República Dominicana cuentan con la Ley 147/02, a partir de la cual se creó el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Respuesta de Desastres, el cual 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 con autonomía administrativa, técnica y financiera.

En Nicaragua, la Ley 337/2000 creó 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 de una parte del presupuesto general del país bajo los controles administrativos del Ministerio de Economía y la Contraloría General de la República.

Por su parte, Costa Rica estableció la Ley Nacional de Emergencias 7914/99 que regula la actividad extraordinaria que el Estado debe efectuar frente a una situación de urgencia. Se creó la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, 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, y el gobierno obtiene recursos económicos y materiales para socorrer a personas y bienes en peligro, tiene recursos existentes en el Fondo Nacional de Emergencias.

La Ley 1557/2001 de Venezuela tiene como objetivo regular la organización, competencia, integración, coordinación y funcionamiento de la Organización de Protección Civil y Administración de Desastres; asimismo, supervisa la creación del 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.

Guatemala implantó la Ley 109/96, que contempla la creación de 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, recursos del Fondo Nacional para la Reducción de Desastres, a través de una cuenta específica abierta en el Banco de Guatemala, donde son depositados recursos provenientes del gobierno nacional, además de las donaciones nacionales e internacionales.

En el caso de Bolivia, a partir de las leyes 2140/2000 y 2335/2000 se creó el Sistema Nacional para la Reducción de Riesgos y Prevención de Desastres y/o Emergencias, que 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, se creó el Servicio Nacional de Atención a los Riesgos, encargado de administrar los recursos a la prevención de desastres, estableciéndose para tal efecto el Fondo del Fideicomiso para la Reducción de Riesgos y la Atención de Desastres, donde se reciben partidas anuales del tesoro general de la nación equivalentes a 0.15% del total del presupuesto general del país.

Colombia decretó las leyes 1547/84 y 919/89 con el fin de establecer el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres supervisado por la defensa civil colombiana del Ministerio de Defensa Nacional, 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, y sus recursos son manejados a



través la Fiduciaria *La Previsora Ltda*, empresa industrial comercial del Estado, vinculada al Ministerio de Economía.

En 1993, en Paraguay se promulgó 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, las leyes 97.274/88, 895/93 y 1.080/94 contemplan la creación del Sistema Nacional de Defensa Civil, cuyo objetivo es planear y promover la defensa permanente contra las calamidades públicas. Integra 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.

A través de la Ley 369/74 se creó en Chile la Oficina Nacional de Emergencia, dependiente del Ministerio del Interior, la cual 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, puede disponer de la adquisición directa de los artículos de la Dirección de Aprovechamiento del Estado en caso de que se requiera. El Ministerio de Hacienda creará un Fondo de Contingencia para el ingreso y administración de los recursos económicos destinados para estas emergencias.

Perú, por su parte, promuló la Ley 19.338/72, que creó el Sistema de Defensa 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; es un organismo público descentralizado, y adopta de manera permanente provisiones y medidas para disponer de 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, en nuestro país se cuenta con el Sistema Nacional de Protección Civil (Sinaproc), el cual se creó por decreto en mayo de 1986, estableciendo relaciones entre el sector público y 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 un desastre.

El soporte financiero para esta cobertura aseguradora es ofrecido por los recursos presupuestarios anuales de las unidades federativas y municipales. 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–. También, apoya la mitigación de daños sobre activos privados productivos y viviendas, solo en el caso de población de bajos ingresos, sin acceso a seguros públicos o privados. Las viviendas damnificadas o por desastres naturales se reparan o reconstruyen en el mismo lugar donde se encontraban, 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 generan 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, pp. 10-11).

Cuando la alta probabilidad o inminencia de desastre natural ponga en riesgo vidas humanas, y la respuesta 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 del posible desastre. Para ello, se creó el Fideicomiso del Fondo de Desastres Naturales, que tiene como objetivo administrar 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 al año, en el proyecto del presupuesto mexicano, recursos para el Fondo de Desastres Naturales (Szlafsztein, 2006, pp. 12-13).

### **Antecedentes socio-jurídicos de la atención de desastres naturales en México**

A partir de la catástrofe provocada por los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 en la Ciudad de México, la preocupación por los desastres naturales y sus consecuencias se intensificó. Como medida

de respuesta, en 1986 se creó el documento Bases para el Establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil a cargo de la Secretaría de Gobernación, el cual sirvió como 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, y distinguía cinco agentes perturbadores: geológico, hidro-meteorológico, químico, sanitario y socio-organizativo.

Asimismo, en 1988 se inauguró el Centro Nacional de Prevención de Desastres (Cenapred), un consejo nacional y consejos estatales y municipales de Protección Civil para el desarrollo de leyes en este tenor en varias entidades federativas; sin embargo, no fue sino hasta mayo del año 2000 que se aprobó la Ley General de Protección Civil, la cual 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 80 y 90, el tema de los riesgos en desastres naturales se hizo presente a través del conjunto de leyes y reglamentos que involucran a diversas secretarías de Estado, destaca 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* (Segob, 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 desarrolló el *Diagnóstico de Peligros e Identificación de Riesgos de Desastres en México* (Zepeda y Sánchez, 2001), que plantea la necesidad de disponer de mapas a escalas geográficas de mayor detalle, en particular a escala municipal, con el objeto de representar adecuadamente tanto los agentes perturbadores como los sistemas afectables.

En este sentido, 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 y son instrumentos útiles para implementar medidas de reducción de vulnerabilidad y mitigación de amenazas por desastres naturales. No obstante, la elaboración de un atlas para los 2457 municipios que componen al país, representa grandes dificultades metodológicas, institucionales y económicas.

Ruíz, Casado y Sánchez (2015) señalan que el municipio es el principal nivel de atención de la regulación territorial donde se concretan las políticas de ordenamiento territorial y es también el otorgante primario de los servicios de protección civil; por tanto, es 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, y requiere 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, y tiene 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, sequía, entre otros, tanto el gobierno federal como los 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, en 1996 se creó 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, las cuales regularon los mecanismos, requisitos, procedimientos, fases y plazos a cumplir por los organismos federales, estatales y municipales, y proporcionando el adecuado control de los recursos concedidos y la apropiada transparencia en su utilización. El resultado 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. En la actualidad, México tiene dos programas de prevención de desastres naturales, el Fondo de Prevención de Desastres Naturales y el Fideicomiso Preventivo Federal (Consortio 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. No fue sino hasta 1998 que 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 publicó 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 comprendida entre 1990 y el año 2000 ha sido declarada por la Organización de las Naciones Unidas como la Década Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, y uno de los propósitos centrales es el uso creciente de la información disponible sobre riesgos. Los planes de esta organización contemplan que varias 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).

En esta misma década se crearon las legislaciones estatales que promulgaron las leyes relacionadas con la protección civil de cada uno de los estados de la República Mexicana, este hecho representó un momento histórico de trascendencia nacional en materia de atención a desastres naturales. En estas leyes estatales, se designa al municipio como el primer nivel de gobierno que debe encargarse de la prevención de riesgos y desastres y enfrentar las situaciones de emergencia; promover 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 conocimiento 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 estos 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, que 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 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 que la biósfera puede ser más productiva, lo cual, depende de factores ecológicos, políticos, culturales y tecnológicos. Por otro lado, el concepto *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 cambiar la gestión ambiental de paliativa a preventiva, evaluar 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, captan la atención de los lectores, oyentes o espectadores de los medios de comunicación; pueden generar un impacto mediático evidente y focalizar 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 puede ser variadas y no siempre la más acertada. La ética profesional y el bien común deben primar ante 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: estatus, 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, identificarse 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, en especial, las medidas de autoprotección y mitigación del riesgo, con total seguridad salvarán muchas vidas en los próximos *tsunamis*, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, entre otras (Brusi, Alfaro y González, 2008; Ulloa, 2011).

## Conclusiones

El incremento en el número de desastres en años recientes se debe principalmente al aumento de la población y de asentamientos humanos en zonas –en especial– 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 las viviendas asentadas en zonas de elevados riesgos (cerros, orillas de ríos y lagos, zonas de suelo no apto para uso habitacional, entre otras).

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*, forma de denominar a las reservas financieras para utilizar en caso de estados de anormalidad, 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; ocasiona daños mayores; por ejemplo, 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 suma 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 este.

El estudio de cómo son los procedimientos administrativos y jurídicos por parte de los gobiernos en otros países, tanto europeos como latinos, radicó en analizar gran parte de los países desarrollados, que se enfocan en responsabilizar al ciudadano de su participación económica ante este tipo de desastres naturales y, al mismo tiempo, coadyuvar en el mejoramiento de las medidas preventivas frente a estas catástrofes; sin embargo, no podemos decir lo mismo sobre lo encontrado en los países del tercer mundo o en vías de desarrollo, donde la carga totalitaria de la prevención y acción en casos de desastres, corresponde a los gobiernos de los estados. El gobierno mexicano tiene un gran reto ante esta transformación de la participación que la población debe tener frente a los desastres naturales. No es suficiente un cambio de legislación, se requiere de una sensibilización del ciudadano y el desarrollo de una cultura de la prevención ante situaciones de desastres naturales, donde las personas sean activas y propositivas en la construcción de sus proyectos de vida y en la protección de su vivienda para el bienestar familiar.

La administración de la crisis surge en el manejo de la eventualidad del desastre, toca tanto al gobierno como a la ciudadanía la administración de los riesgos a través del tema de la protección civil, el cual implica hacer planes y programas preventivos, así como contar con organismos adecuados y legislaciones pertinentes para cumplir con las funciones preventivas ante estas catástrofes naturales.

## Referencias

- 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, DC. 1-38.
- Cardona, O. D. (1996). “Manejo ambiental y prevención de desastres. Dos temas asociados”. En: M. A. Fernández (Comp.), *Ciudades en riesgo. Degradación ambiental. Riesgos urbanos y desastres* (Cap. 4, pp. 57-74). Lima: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Disponible en: <http://www.desenredando.org>
- Consorcio de Compensación de Seguros (2008). *La cobertura aseguradora de las catástrofes naturales. Diversidad de sistemas* (Cap. 14, pp. 145-156). Madrid: Consorcio de compensación de seguros. Disponible en: <https://www.conorseguros.es/.../catastrofesNaturales>
- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente (LGEEPA) (1988). *Observatorio del Principio 10 en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <https://observatoriop10.cepal.org/es/instrumentos/ley-general-equilibrio-ecologico-proteccion-al-ambiente#:~:text=La%20ley%20establece%20los%20presupuestos,ejerce%20su%20soberan%C3%ADa%20y%20jurisdicci%C3%B3n>.
- Macías, J. M. (1993). “Perspectivas de los estudios sobre desastres en México”. En: A. Maskrey (Coord.), *Los desastres no son naturales* (Cap. 5, pp. 82-92). Lima: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Disponible en: <http://www.desenredando.org>
- Organización de las Naciones Unidas (2020). América Latina y el Caribe: la segunda región más propensa a los desastres. *Noticias ONU*, <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467501>
- 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. Disponible en: [www.scielo.org.mx/pdf/igeo/n88/0188-4611-igeo-88-00146.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/igeo/n88/0188-4611-igeo-88-00146.pdf).
- Secretaría de Gobernación (Segob). (1991). *Atlas Nacional de Riesgos*. México: Segob.
- 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: [https://www.academia.edu/33461849/Análisis\\_De\\_Las\\_Coberturas\\_Aseguradoras\\_Públicas\\_Contra\\_Desastres\\_Naturales\\_en\\_Algunos\\_Paises\\_De\\_América\\_Latina](https://www.academia.edu/33461849/Análisis_De_Las_Coberturas_Aseguradoras_Públicas_Contra_Desastres_Naturales_en_Algunos_Paises_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. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0188-46112010000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0188-46112010000200006)
- Ulloa, F. (2011). *Manual de gestión del riesgo de desastre para comunicadores sociales*. Lima: 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>
- Zepeda, O. y Sánchez, T. (2001). *Diagnóstico de Peligros e Identificación de Riesgos de Desastres en México. Atlas Nacional de Riesgos de la República Mexicana*. México: Centro Nacional de Prevención de Desastres.

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y AGUDO Y SU IMPACTO EMOCIONAL: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA EN SITUACIONES DE DESASTRE

Violeta Espinosa Sierra\*  
Jorge Luis Salinas Rodríguez\*

### Introducción

**E**n la actualidad, las ciudades o asentamientos humanos se caracterizan por una gran concentración de población con una dinámica elevada en su tránsito cotidiano a pie y en vehículos, dentro y fuera de sus países y localidades; por ello, el hacinamiento y la falta de satisfactores (empleo, alimento, posibilidades de educación y salud, entre otros) generan condiciones de riesgo potencial para los individuos en sociedad. Esas condiciones de vida son el origen de altos niveles de estrés y ansiedad constante en los que se generan emociones negativas relacionadas –que no causales por sí solos– con la violencia, accidentes vehiculares, laborales y conflictos interpersonales, actividad de grupos insurgentes violentos, delincuencia organizada, así como la “guerra” de los gobiernos contra estos, aunado a la impunidad.

---

\* Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

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, así como los asentamientos humanos en zonas protegidas o irregulares con edificaciones que no cumplen con la normatividad establecida, exponen cotidianamente a los individuos a los llamados desastres. En este contexto, los seres humanos son más propensos a sufrir la pérdida imprevista de un ser querido, familiares y conocidos en accidentes llamados naturales como terremotos, inundaciones, tornados, rayos, granizadas, avalanchas, entre otros.

Cabe mencionar que, en la actualidad, no solo los desastres naturales pueden detonar el estrés en las personas, sino también aquellos provocados por múltiples causas como la negligencia (accidentes automovilísticos y atropellamientos), corrupción (mala construcción de edificios, incendios y explosiones), desastres biológicos (epidemias), guerras, desastres civiles (motines, manifestaciones públicas). La violencia, ya sea de tipo familiar, patrimonial, sexual o de pareja es un claro ejemplo de un desastre provocado.

Para fines de este capítulo, se toma como base la definición de desastre que realiza la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002):

... se considera una situación [de] desastre o catástrofe cuando se produce por un evento natural (terremotos, huracanes, deslaves, grandes sequías), accidentes tecnológicos (como explosión en industria) o directamente provocada por el hombre (en un conflicto armado, ataque terrorista o accidentes por error humano, entre 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 lo general, se sobrecargan los recursos locales e individuales, que se tornan insuficientes y quedan amenazadas la seguridad y el funcionamiento normal de la comunidad. (p. 32)



Cuando las consecuencias del desastre son grandes, la OPS 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; por ejemplo, los conflictos armados. En las llamadas emergencias complejas hay efectos devastadores con secuelas de largo y mediano plazo. La manifestación más clara de cuando se está ante un desastre, son las reacciones individuales que requieren de intervenciones 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, generando así una inadaptación psicológica que lo pone en mayor vulnerabilidad física y psicológica. 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 por mucho 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 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, ya 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.

Después de un desastre, los sobrevivientes tienen grandes probabilidades de desarrollar problemas psicológicos que requerirán atención durante un periodo prolongado, en especial cuando

tengan que enfrentar la tarea de rehacer sus vidas. Sin importar la magnitud del desastre, si es natural o provocado, suele causar un gran sufrimiento psicológico que lleva al desequilibrio, desorganización y sentimiento intenso de vulnerabilidad, expresado en el momento de la ocurrencia del siniestro o pasado un tiempo, y en cuyos síntomas se aprecia el estrés. La presencia de este último es una de las respuestas más frecuentes que evidencian el impacto emocional sobre la población expuesta a desastres naturales, aunque, sin duda, no es el único importante.

### **Impacto emocional de las catástrofes**

Una persona que se encuentre en un ambiente donde su conducta habitual ya no conduce al resultado que solía ser predecible, está propensa a que se eleve su nivel de ansiedad y sienta afectaciones en las funciones que controlan la conducta, lo cual aumenta la tendencia a enfermar, exteriorizar emociones a través de la acción, distorsionar la conducta propia y de otros, y a sufrir una desorganización emocional y del comportamiento propio.

Puede ser que alguna de esas emociones no se haya experimentado con anterioridad, cada persona es diferente y responde de distinta manera en momentos de desastre. También, es claro que la exposición a eventos de desastre produce altos niveles 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.

La literatura indica que 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:

- Miedo
- Tristeza

- Sufrimiento
- Sentimientos de injusticia y soledad
- Aparición de enfermedades somáticas y psicológicas
- Impotencia y perspectivas negativas hacia el futuro
- Cambios en la visión de sí mismo o el mundo.

Considerar que cada persona vivencia 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 de corte individual, como mediatizadores en la expresión y formas de manifestación del estrés. Dentro de estos, pueden considerarse: el estilo conductual propio (o personalidad), procesos de afrontamiento, prevalencia de determinadas respuestas afectivas (afectividad positiva *vs.* negativa), actitudes ante la vida (optimismo *vs.* pesimismo), fortaleza psicológica, resiliencia, y un concepto relativamente reciente, sentido de coherencia. En resumen, la respuesta inicial a los factores de estrés activa “los sistemas de lucha o huida” y estos, a su vez, la conducta individual que depende de las características siguientes:

- Estilo conductual o personalidad
- Capacidad de resiliencia
- Formas efectivas o inefectivas de afrontamiento
- Interpretación cognitiva del evento
- Experiencias anteriores.

Cabe señalar que algunas características de personalidad están correlacionadas e incluso, podrían explicar la capacidad de algunos individuos para afrontar exitosamente eventos existenciales estresantes. De acuerdo con Alcina (2003), las características sustanciales identificadas son: compromiso, involucración, autocontrol, desafío y flexibilidad.

Ahora bien, también es importante señalar las manifestaciones clínicas que se pueden presentar en un estado de crisis. Benyakar

(2003) menciona que una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización psicológica, caracterizado, principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, y utilizar métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo; por tanto, una crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad. La respuesta inmediata al estado de crisis de personas que han sido expuestos a dichos eventos, es de crucial importancia en los minutos siguientes 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 situación de crisis suelen presentar desorganización y confusión generalizada, miedo, sentimientos de abandono y vulnerabilidad, necesidad de supervivencia, pérdida de iniciativa, liderazgos espontáneos (positivos o negativos), conductas violentas o pasivas y muestras de solidaridad o de egoísmo. Asimismo, pueden presentar estrés en momentos posteriores al evento, reacciones colectivas de agitación, ansiedad o depresión, trastornos en la percepción de espacio y tiempo, reacción de excitación o psicótica, y descompensación de trastornos psiquiátricos 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 encaminando 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 psicopatológicas que requieren un abordaje profesional.

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

- Prolongación en el tiempo del estrés, aun cuando ya ha pasado el evento
- Sufrimiento intenso
- Complicaciones asociadas (conductas e ideación 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
- Conductas agresivas contra autoridades e instituciones
- Actos de rebeldía o delincuenciales.

A pesar de la diversidad de impactos que un desastre puede provocar, es evidente, como ya se mencionó, la presencia de estrés recurrente, el cual suele presentarse como agudo o postraumático. A continuación, se describen las características de uno y otro para establecer su prevalencia, en la medida de la actualidad de los datos encontrados.

### **Estrés agudo**

Echeburúa, Del Corral y Amor (2004) describen el estrés agudo como 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 o secuestros. El riesgo aumenta si, además, están presentes factores como agotamiento físico, edad avanzada y otras; de igual manera, si existen trastornos de personalidad, en especial de personalidad pasivo-dependiente. La reacción de estrés agudo no se diagnostica, por lo regular, más allá de un mes después de la exposición al trauma, así como el trastorno por estrés postraumático (TEPT) no debe ser diagnosticado antes del primer mes de ocurrido el evento (Keane, 2003); no obstante, autores como Robles y Medina (2002) proponen un periodo aún más largo.

Es importante especificar que, una vez pasado el tiempo esperado para una reacción a estrés agudo, pueden presentarse 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. Robles y Medina (2002) señalan que las personas suelen presentar estados de hipervigilancia o alertamiento, usualmente con insomnio o respuesta de sobresalto. Estos síntomas suelen causar un malestar clínico 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 *flashback* y pesadillas, hiperreactividad vegetativa y evitación de eventos que puedan evocar memorias del evento traumático.

Como se ha reseñado, las reacciones ante un mismo hecho traumático varían entre las personas. Desde una perspectiva psicológica, una fragilidad emocional previa y una “mala” adaptación a los cambios, así como una percepción del acontecimiento como algo en extremo grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y desesperanza. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otras conductas violentas o de abuso, aun cuando hay estrés acumulado y antecedentes psiquiátricos familiares (Esbec, 2000).

Al respecto, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V[APA, 2014]) plantea el diagnóstico del trastorno de estrés agudo (TEA). A continuación, se mencionan los criterios:

- a) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha:
  - Experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o de los demás
  - Respondido con temor, desesperanza u horror intensos.
- b) Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres o más de los síntomas disociativos siguientes:
  - Sensación subjetiva del embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
  - Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo, estar aturdido)
  - Desrealización
  - Despersonalización
  - Amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- c) El acontecimiento traumático es re-experimentado con persistencia 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 traumático.
- d) Evitación marcada de estímulos que recuerdan el trauma (pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- e) Síntomas marcados de ansiedad o aumento de alerta (arousal) (dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

- f) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o bien, interfieren de manera notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener ayuda o 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 (drogas o fármacos) o a una enfermedad, 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.

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).

Si bien existe un alto número de personas expuestas a situaciones traumáticas a lo largo de su vida, solo una minoría presenta trastorno de estrés agudo o postraumático. En 1987, la prevalencia en la población general de trastorno de estrés agudo 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 buen predictor del desarrollo de los síntomas de TEPT. La evitación y el embotamiento reflejaban la inhabilidad para adaptarse efectivamente. Estos síntomas se asociaban



con una alteración importante en el funcionamiento posterior de las personas (Kessler, 1995).

Como se ve, la definición y caracterización del estrés agudo está ligado al TEPT, incluso considerándolo como un fuerte predictor del mismo por diversos autores y diferenciándose de la cercanía del desastre en tiempo e intensidad de los síntomas; sin embargo, consideramos que la *Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10* (CIE-10) lo diferencia de mejor manera al describirlo como una “reacción de ajuste del estrés ante los eventos de desastre que se experimentan en el momento, o que ocurrieron recientemente” (2018, p. 120).

Como lo señalaremos más adelante, mientras que para el DSM-V, el trastorno por estrés agudo es un precursor que lleva al posterior desarrollo del TEPT, para la CIE-10 se trata de una reacción aguda de ansiedad transitoria. Esta última defiende la existencia del estrés agudo con una tesis “normalizadora” en la que conceptualiza estas reacciones como un estado transitorio, tras un hecho amenazante extremo, que dura dos o tres días a lo sumo y que predominaría 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 al trastorno de estrés postraumático, excepto por el hecho 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*.

No obstante, 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. Por esta razón, a continuación se revisa a detalle el término trastorno de estrés postraumático (TEPT) que, si

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

## **Trastorno por estrés postraumático**

Es una condición clínica que representa una de las respuestas psicológicas a un hecho traumático. A partir de 1980 se incorporó a las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales con esta denominación. Para Medina-Mora *et al.* (2005), el estrés postraumático es una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla tras 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 tienen mayor propensión a desarrollar 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 en extremo traumático (muertes, amenazas a la integridad física) al que 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 malestar psicológico intenso asociado al evitar recordar continuamente lo vivido, al embotamiento emocional y el procesamiento cognitivo-conductual, y a respuesta de activación fisiológica (sudoración, taquicardia, piloerección); estas respuestas aparecen, en especial, 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.

Por su parte, la 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 bien, 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: re-experimentación, evitación e hiperactivación, que 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.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) 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 causa 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 tráfico, incendio).

Considerando lo anterior, el TEPT puede definirse como la exposición a sucesos altamente estresantes que traen como consecuencia miedo intenso, impotencia o terror, experimentación persistente del suceso como *flashbacks* o pesadillas que produce el evento, reacciones físicas o psicológicas ante estímulos internos que se asocian con el suceso; asimismo, puede presentarse la evitación persistente de hechos, personas, situaciones o pensamientos asociados con el suceso traumático o reducción en la capacidad de vincularse con otras personas; síntomas que manifiestan una excitación fisiológica concurrente como problemas para dormir, irritabilidad e hipervigilancia.

Ahora bien, para realizar un diagnóstico de 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 está 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 o laboral) 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 del trastorno por estrés postraumático**

Existe notable controversia respecto a la prevalencia tanto de la población en general como de grupos específicos, sobre la 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 estudios transversales, apoyan la idea que la mayor parte 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 exista un grupo variable de personas en que los síntomas se harán crónicos, bien por el tipo de agresión y sus connotaciones, o bien, por la respuesta del medio (de rechazo, estigmatización o aislamiento), llegando a ser invalidantes.

La prevalencia de TEPT es muy baja, en apariencia, debido al subregistro que implica este trastorno. En Estados Unidos se estimó la prevalencia-vida del TEPT (según el DSM-III-R) en 1% de la población general (Helzer, Robins, & McEvoy, 1987). En estudios posteriores, Kessler *et al.* (1995) realizaron preguntas por síntomas de manera inespecífica, y hallaron (Breslau *et al.*, 1998) tasas del 6% en hombres y 11% en mujeres, mientras Kessler encontró que 7.8% en población general mostraba síntomas de TEPT. El estudio ESEMeD (2004), realizado en seis países europeos, dio una prevalencia-vida de 1.9% y una prevalencia-año de 0.9%. Diversos estudios nacionales (Jenkins *et al.*, 2003) confirman tasas entre 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 mayor parte de casos se resuelven espontáneamente entre el primer y tercer mes (Foa, Hearst-Ikeda, & Perry, 1995).

Cabe mencionar que tras los atentados terroristas del 11 de septiembre del 2001 en Nueva York y del 11 de marzo de 2004 en Madrid, diversos estudios epidemiológicos (Galea *et al.*, 2002) realizados a las pocas semanas, sugieren cifras de TEPT de entre 11% y 13% en población general. La razón de estas “epidemias” de TEPT podría ser 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 0% y 75%, según estudios de Pérez-Sales (2006). Respecto a la probabilidad de experimentar un desastre, en algún momento puede generar TEPT, se ha inferido en estadísticas epidemiológicas y, dada su importancia para la adquisición de tal trastorno, se exponen a continuación.

A lo largo de la vida se viven de uno a cinco acontecimientos traumáticos (Breslau *et al.*, 1998; Kessler *et al.*, 1995). En concreto, el National Comorbidity Survey, Kessler *et al.*, (1995) y Yasan, Saka, Ozkan y Ertem (2009) sitúan entre 53% y 60% la probabilidad de exponerse a eventos de desastre en hombres y entre 44% y 50% en las mujeres. Otros autores apuntan a que al menos 50% de las personas, experimentamos al menos dos acontecimientos traumáticos en nuestra existencia (Stein, Walter, Hazen, & Forde, 1997).

La probabilidad de exposición a acontecimientos traumáticos puede estar relacionada con determinados factores de riesgo que faciliten esta situación (Bobes *et al.*, 2000). Estos factores hacen referencia a aspectos demográficos, conductuales y al historial psicológico de la persona, como: sexo, afrodescendencia, 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, pueden ser determinantes. Un claro ejemplo de hasta dónde pueden influir estos factores, se encuentran 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.

En estudios del TEPT, en desastres naturales, se han concentrado principalmente en evaluar los efectos de los huracanes y terremotos. Estos estudios han encontrado que 25% de la población evaluada que había sufrido un huracán y 32% de la que había sufrido un terremoto, cumplía criterios para un cuadro de TEPT (Carr *et al.*, 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 apoyar 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 comorbilidad, la cual en algunos estudios ha alcanzado hasta 80%. En los veteranos de Vietnam (principales blanco de estudio por sus experiencias en la guerra) se encontró que hasta 66% presentaban otro trastorno afectivo o de ansiedad y que 39% tenía abuso o dependencia de alcohol. En el estudio realizado por Kessler (1995), se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en 17% de mujeres y en 12% de hombres; sin embargo, había tres o más diagnósticos en 44% de mujeres y en 59% de hombres.

Si el trauma temprano es o no un factor de riesgo para desarrollar con posterioridad 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 sorprenden por ser dispersos, debido a la carencia de información y sistematización, y confiables, ya que la mayor parte es colectada 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 reales, y a pesar que la prevalencia estimada, por ejemplo, de abuso sexual en la infancia y otros traumas como la pérdida temprana de los padres, son solo aproximaciones, pero sin duda

suficientes para explicar la alta prevalencia de depresión y ansiedad en la población general de adultos (Nemeroff *et al.*, 2006).

El TEPT es un producto dinámico de la exposición a un desastre, se ha investigado la gravedad del mismo y la vulnerabilidad genética que es un disposicional a mostrar síntomas. La investigación con veteranos de la guerra de Vietnam ha ayudado a clarificar las contribuciones relativas de la genética y la influencia del medio ambiente en la patogénesis del trastorno. Estudios controlados con gemelos monocigóticos han demostrado asociación entre la severidad del combate y la presentación del TEPT; mientras que en el sudeste de Asia, estos mismos pero 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 *et al.*, 2006). El conjunto de estos hallazgos permitió sugerir lo que se denomina *control genético de la exposición al medio ambiente*.

El hecho de que varias personas experimenten estrés traumático, pero la mayoría no desarrollan el trastorno ha estimulado la investigación epidemiológica; es una epidemia en todo el mundo que tiene 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, 2009). De acuerdo con Julian Ford, la prevalencia de TEPT es 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, afectando a más de la mitad de los adultos y 2 de 3 menores a 16 años que en algún momento han experimentado un trauma psicológico; de estos, solo se desarrolla en 0.5%, pero los recuerdos y síntomas angustiantes ocurren en 1 de cada 8 (13%) y de 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 uno de cada 20 hombres y en una de cada 10 mujeres en algún momento de sus vidas; 2 de cada 3 hombres y casi 50% de las mujeres experimentaron abuso sexual y abuso físico infantil. Otros tipos de eventos traumáticos pueden llevar a trastorno de estrés postraumático normalmente entre 10% y 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, en particular, son susceptibles de ser acompañados por otras enfermedades psiquiátricas y médicas; esto se traduce en que los trastornos relacionados con el trauma fueron el segundo problema de salud más costoso en los Estados Unidos 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; aun el cáncer, en general, era poco menos costoso que los trastornos relacionados con el trauma producido por desastres.

Por último, el TEPT más que en ningún otro trastorno –porque las personas cumplan los criterios diagnósticos–, no equivale ni a la necesidad percibida de tratamiento médico o psicológico, ni a la aceptación clínica del diagnóstico. Hay elementos 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 trastorno y su decisión para tratarlo (McQuaid, Pedrelli, McCahill, & Stein, 2001).

## Conclusiones

El TEPT es una respuesta a un incidente crítico y como tal, el evento que inicia la respuesta es un factor de estrés. Los eventos estresantes

que pueden producir este trastorno tienen diversas características, son aquellos acontecimientos que provocan cambios en el funcionamiento de un sistema; pueden ser positivos o negativos y mientras que algunos son normales y predecibles, otros no. En general, pueden ser clasificados como eventos estresantes normativos (factores de estrés que se producen en puntos de transición normal del desarrollo) o no normativos (circunstanciales), es decir, son producto 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, así como de la atribución que se asocia al evento estresante.

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

Identificar el impacto emocional de este trastorno sigue pasos sencillos, con criterios identificables que ayudan a entender lo que está pasando en la persona y, de esta manera, los familiares o el apoyador, puede emitir una acción que favorezca el apoyo a la persona. Una intervención con un especialista como los profesionales de la salud debe ser llevada a cabo por personal entrenado en terapia, para que identifique áreas problema por las que pasa la persona como secuela de la exposición al evento de traumático. La intervención inmediata por un no profesional de la salud, puede ser importante, sin embargo, es necesario que tenga entrenamiento y capacidad para aplicarla. Esta capacitación es vital cuando se trata de profesionales de atención a personas en condiciones de amenaza y vulnerabilidad psicológica (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, bomberos, socorristas, policías, abogados y profesores); además, en consideración a que son más frecuentes las llamadas crisis del desarrollo que

llevan a muchas personas –aun jóvenes– a tomar decisiones extremas, como el suicidio y la violencia como víctima u observador de la misma.

La aplicación de un tratamiento psicológico debe estar dirigido a personas que sufren (por el desarrollo o cambios súbitos en su situación, así como por pérdidas afectivas) por experimentación de violencia física, sexual, intrafamiliar 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.

Por último, el conocimiento y aplicación del procedimiento de intervención del TEPT es necesario para todas las personas y obligatoria para todos aquellos profesionales de psicología, medicina, trabajo social y aquellos que atienden urgencias en desastres naturales o 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 lo experimenta 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 Psychological Association (APA) (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (6 ed.). México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- 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, F. y González, M. P. (2000). Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 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.
- Carr, V., Lewin, T., Webster, R., Kenardy, J., Hazell, P., & Carter, G. (1997). Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: II. Exposure and morbidity profiles during the first 2 years post-disaster. *Psychological Medicine*, 27, 167-178
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40, 20-34.
- Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)* (2018). Madrid: Secretaría General Técnica, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Echeburúa, E., Del Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 527-555. Recuperado de: <http://masterforense.com/pdf/2004/2004art19.pdf>
- Esbec, E. (2000). *Evaluación psicológica 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Ford, J., 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. *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., Brugha, T., Farrel, M., Gill, B., & Meltzer, H. (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 posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and 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 national 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 mexicana. *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., Díaz, E., & Kaniasty, K. (2002). Prevalencia de trastornos mentales y su uso de servicios: Resultados de la Escuenta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., & Perilla, J. L. (2004). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature. *Psychiatry Inyerpsonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). "Trastorno de Estrés Postraumático. Hoja de hechos 236". *Encuesta Nacional de Salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *Desafíos para la educación en salud pública: Nuevas perspectivas para las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Perez-Sales, P. (2006). *Trauma, Culpa, Duelo. Hacia una Psicoterapia Integradora*. Bilbao: Desclee.
- Robles, S. y Medina, A. (2002). *Intervención psicológica en catástrofes*. 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.
- Yasan, Saka, Ozkan & Erterm. (2009). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.



# 4

## FAMILIAS MEXICANAS ANTE SITUACIONES DE DESASTRE Y LA TERAPIA EN RED

Nélida Padilla Gámez\*

**L**a 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 transmisión 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

---

\* Profesora Asociada "C", TC, adscrita a la carrera de Psicología y a la División de Investigación y Posgrado, en especial en la Residencia de Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

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).

A su vez, 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 variar sus funciones y estructura en paralelo a los cambios históricos y sociales. En los últimos tiempos, debido a las crisis económicas y a las dificultades sociales, se ha gestado un importante núcleo de solidaridad dentro de la sociedad 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 maneras y desde distintas perspectivas que atienden a criterios como la consanguinidad, la relación legal, los lazos emocionales y, hoy día, sus múltiples configuraciones. Algunos autores coinciden en considerarla como el primer sistema social. Por su parte, Minuchin, Nichols y Lee (2011) la definen como un grupo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo que se distinguen en función 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). De esta manera, se le considera como un grupo social primario, donde puede encontrarse 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).

Con base en lo anterior, se hace importante estudiar y atender a las familias con modelos y métodos que respeten el carácter colectivo y acentúen la dimensión interrelacional entre sus respectivos componentes. Es desde la perspectiva sistémica que se reconoce a individuos, parejas, sistemas institucionales, comunitarios o educativos como subsistemas entrelazados que pueden interactuar en diversas circunstancias (Desatnik, s/f). Por tanto, en este capítulo se plantea un abordaje que sensibiliza al personal de salud en los retos que se presentan ante la diversidad de familias y configuraciones afectivas en situaciones de desastres.

A continuación, se hace un recorrido sobre algunas características de las familias

### **Las dinámicas familiares**

La familia se concibe como un sistema abierto conformado por un grupo complejo de sujetos en permanente evolución, cuyos miembros se encuentran en fases desiguales de crecimiento y desempeñan tanto roles como funciones interrelacionadas y diversificadas. El objetivo de dicho sistema es 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, lo cual se convierte en una de sus principales motivaciones, además de ayudar a cumplir 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).

El sistema familiar está organizado y sustentado por la cohesión, apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros (Minuchin, Nichols, & Lee, 2011); además, incluye mecanismos que le posibilitan autopropagarse y modificarse. En este sentido, 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).

A través del tiempo se han desarrollado investigaciones tanto en lo clínico como en lo social, que destacan la importancia de ubicar a las familias y sus integrantes en determinado momento o etapa de la vida; a esto se le ha denominado “ciclo vital de la familia”. En dicho ciclo, la familia transita una serie de etapas, cada una con complejidad creciente, debido a la influencia de las características psicológicas de sus miembros y de las variables culturales, sociales y económicas del entorno. Se distinguen tanto periodos de equilibrio y adaptación como de desequilibrio y cambio. Pasar de una etapa a otra exige una transformación del sistema familiar, ya que cada nueva etapa representa una posible amenaza al orden, 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 enfrentan 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 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.

De esta manera, aunque la familia ha cambiado y sigue transformándose en sus diversas configuraciones, su esencia permanece probablemente intacta pues aun y cuando esta no se conforme de lazos sanguíneos, para varias personas sigue siendo de crucial importancia conformar un grupo afectivo cercano, en el cual sostenerse, contenerse, crecer, confrontarse, entre otros.

Ejemplo de lo anterior es que, hoy día, se observan grupos de amigos que se vuelven tan cercanos que se convierten en el grupo afectivo más importante, incluso sobre sus propias familias de origen; otro ejemplo podrían ser las parejas del mismo sexo que han sido excluidas o discriminadas de sus propios núcleos familiares y terminan por reformular sus propias familias, adoptan niños o mascotas y se rodean de personas que, a lo largo de su vida, se vuelven significativas e importantes. Se podrían mencionar varios ejemplos, en los que destaca la diversidad de configuraciones afectivas significativas y cercanas que pueden nombrarse como familia. Desde este lugar, se vuelve importante acercarse a su complejidad, sensibilizarse ante sus diferencias y dinámicas, para poder atender cualquier situación en la que se viva o perciba peligro o amenaza.

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). Es el grupo más importante que subyace al desarrollo psicológico individual, a la interacción emocional y al mantenimiento y desarrollo del 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 manera, la familia mexicana con sus fortalezas y vicisitudes, también es fuente de relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo que le provee vestido, alimento, casa y afecto. Para el mexicano, en particular, la familia ocupa un lugar preponderante, constituye su organización de pertenencia, independientemente de la región o del estrato social donde se ubique.

## **Transformaciones en la sociedad**

Por otra parte, es importante considerar que la vorágine de transformaciones que ha experimentado la sociedad, también ha impactado a las maneras 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, entre otras (Moreno, 2014). En tal sentido, resulta importante describir algunas áreas que se han transformado desde la mirada tradicional a las nuevas configuraciones que incluyen maneras distintas de vivirse en familia. A continuación, se describen algunas de ellas.

### **Divorcios**

Una de las primeras transformaciones a considerar es el divorcio. Esto se ha evidenciado por el incremento en sus cifras en las últimas décadas, por tanto, surge una mayor aceptación, lo cual facilita más dicho proceso. 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, autoras como Carter y McGoldrick (1999) 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 solo distintos, sino desiguales, en tanto una mujer no podía emanciparse, incluso el divorcio solo se aceptaba por viudez y en algunos lugares.

En la actualidad, 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<sup>1</sup> y con quién e incluso, aplazar el embarazo o adoptar.

En lo privado, si bien el reparto de funciones en la familia ha cambiado de manera paulatina 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, quienes realizan adaptaciones a su trabajo remunerado, llevan la mayor parte de las ocasiones “la doble jornada”, tienen que recurrir con frecuencia a la ayuda de los abuelos, lo cual propicia nuevos patrones de relación familiar que inevitablemente modifican las interacciones de las familias.

## Reconfiguración del concepto de familia

El cambio en la percepción de la familia ocurre a partir de los movimientos sociales de los años 60 y 70, liderados por estudiantes y

---

<sup>1</sup> Hoy 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 subrogados, adopción, entre otras.

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 tradicional está destinada a desaparecer en el futuro; no obstante, se han reestructurado sus concepciones a partir de sus profundas modificaciones, hasta llegar a clasificarlas en familias: a) extendidas, b) alternativas, c) que implican la convivencia estable sin matrimonio (con o sin hijos), d) monoparentales, e) integradas por personas del mismo sexo y f) tradicional (Hernández, s/f).

### *Familias monoparentales*

En estas familias, un progenitor es el responsable de los hijos e hijas menores o dependientes. La mayor parte 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 mayor frecuencia a padres que, por diferentes circunstancias, asumen el cuidado cotidiano de sus hijos e hijas, y ejercen su paternaje sin la presencia de una pareja, ya sea por adopción o asumen la custodia de los hijos fruto de una relación anterior.

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, permanecen en familias monoparentales.

### *Familias homoparentales*

Cada vez es más frecuente la visibilización de parejas de gays en nuestro país. Las familias homoparentales son aquellas cuyas figuras parentales conformadas por personas del mismo sexo. Estas se refieren a parejas gay que acceden a la maternidad o paternidad, como a las familias constituidas por una pareja gay que educa y vive con los hijos de alguno de sus miembros, producto de una relación heterosexual previa.

En 2009 se aprobó en la Ciudad de 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 y González-Rodríguez, 2014).

### *Situación económica*

La coyuntura económica de la sociedad y la situación particular de cada familia pueden generar diferencias dentro del ciclo vital de la familia. 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, lo cual demora y dificulta la emancipación y materializar un proyecto de vida.

Ante esta situación económica, no es raro encontrar más casos en 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. En resumen, esta situación se ve enmarcada en una serie de condiciones económicas que obstaculizan la independencia de los integrantes o las familias nacientes de las extensas, y genera una situación común en nuestro país denominada “nido lleno” o “nido repleto”, en contraste con las teorías de otras culturas

donde los hijos se emancipan a temprana edad y conforman sus familias con independencia de sus padres.

### El papel de las mascotas en la vida familiar

Cada vez es más frecuente en ciertos sectores de la sociedad la inclusión de las mascotas en la vida familiar, incluso, algunas personas prefieren tener mascotas en lugar de tener descendencia. Entre los beneficios de esta forma de vida se encuentra que las personas pueden ejercer su paternaje o maternaje cuidando de una mascota. De igual manera, en las familias con hijos las mascotas ocupan un lugar importante en la dinámica interna.

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 y Orozco, 2007). En estados de depresión, estrés, duelo y aislamiento social, se convierten en un acompañamiento incondicional, aumentando el 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 y Bulsara (1999, citado en Gómez, Atehortua y Orozco, 2007) se encontró 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. Con base en lo anterior, es innegable que las mascotas juegan un papel en la vida de las personas, sobre todo al momento de evaluar las etapas y contexto de las familias en general, así como en situaciones estresantes derivadas de un desastre.



## Esperanza de vida

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

En este 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) cohabitando entre sí, con mínimos recursos y con probabilidad de desarrollar alguna enfermedad crónica.

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

- a) 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, avanzan hacia la desaparición de vínculos autoritarios, construyen con ello grupos familiares con base en el reconocimiento de la igualdad entre sus miembros.
- c) Pluralismo jurídico, pues no se puede limitar a solo un modelo o sistema único de familia, sino debe admitir la coexistencia de múltiples posibilidades.
- d) 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 dependiente de la existencia de vínculos afectivos o familiares (Hernández, s/f).

Considerando lo anterior, se plantea la reflexión sobre las implicaciones de vivirse en alguna de estas configuraciones afectivas diversas o no convencionales, en el marco de una situación de emergencia o desastre. Por ejemplo, qué aspectos deberían considerarse en un grupo en donde uno de sus miembros es divorciado(a) o viudo(a), o las vicisitudes de la discriminación por género u orientación sexual, o con alguna enfermedad. La mayor parte de las ocasiones, las realidades sobrepasan las herramientas y modelos de abordaje ante ciertas dificultades que presentan las familias; aunado a esto, en una situación de amenaza o emergencia las oportunidades de acompañamiento se complican y los modelos de abordaje en ocasiones pueden verse limitados.

Así, es posible concluir que la pluralidad y complejidad que rodea la diversidad de configuraciones familiares, son 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, entre otras, 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 comprensión y contención acorde a las dificultades que enfrentan; por tanto, en el apartado siguiente se revisan 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. Para los seres humanos, esto puede significar un “desastre” o “catástrofe”; incluso en ocasiones se les denomina “catástrofes nacionales” (Contreras y Desatnik, 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, situación o, en el peor de los casos, de 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 tiene que ser de gran magnitud, ni en número ni en daño; sin embargo, sí puede afectar sobremanera al grupo en función de la significación del evento (Contreras y Desatnik, 2010). Entonces, el tema que aquí nos compete es la afectación del grupo, la familia o la población ante la declaración de un evento como desastre nacional, el 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:

- a) *Cuantificación de daños de pérdidas humanas.*
- b) *Cuantificación de daños materiales.* Edificios dañados y dinero requerido para reanudar las actividades de las personas, reconstruir, entre otras.
- c) *Factor sorpresa.* Lo inesperado del evento es clave para determinar su magnitud. Es inherente a un terremoto y, por lo regular, produce catástrofes, ya que no puede predecirse.
- d) *Prolongación del desastre.* La catástrofe puede durar poco tiempo o extenderse considerablemente. Nunca puede saberse la duración ni 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.

- e) *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.
- f) *Mentalidad nacional*. Las reacciones de las personas varían según su idiosincrasia nacional. En nuestro país, se observa notable solidaridad, apoyo, unión, lo cual indica una misma forma de afrontar los siniestros, por lo general, en lo colectivo, más que en lo individual.
- g) *Edad de las personas afectadas*. No será el mismo impacto para los diferentes sectores de la población, probablemente los niños se vean más afectados, ya que no cuentan con los recursos cognitivos, 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, en particular, vulnerable ante situaciones externas. En el caso de los sismos, esta población se ha comportado propositivamente, acepta retos y manifiesta mayor resistencia al trabajo físico y probablemente emocional.
- h) *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 de manera más acentuada (Contreras y Desatnik, 2010).

A partir de lo anterior, surge la necesidad de atender y considerar las variables mencionadas. En ese sentido, la terapia de red es un modelo que considera a la diversidad de las familias, genera grandes cambios en corto tiempo y asume que el poder de este (cambio) se encuentra en el contexto grupal y familiar. Si hacemos

converger estos tres grandes rubros para el abordaje sistémico en una situación de desastre, se hace preciso evaluar etapas, dinámicas, conformación y caracterización de la familia o grupo a atender; posteriormente, evaluar el grado de afectación tanto en lo individual, relacional, material, social, entre otras (como se describe en el apartado anterior).

Por último, proceder a la intervención en red, misma que ofrece la oportunidad (a diferencia de otros modelos clínicos) de trabajar terapéuticamente con individuos, familias y grupos en general, que posean o no una característica que los una, en este caso, una situación de emergencia es la idónea para abrir posibilidades y propiciar la autogestión del grupo. Este modelo tiene la bondad de abordar en grupo las emociones; conectar con todos los participantes desde un lugar de humanidad, ser un espacio donde se escuchen todas las voces y generar soluciones y respuestas a las dificultades presentadas. Es un modelo que requiere de pocos recursos humanos para hacer la intervención, pocos o ningún insumo, sin restricciones respecto al número de participantes, solo requiere un espacio donde reunirse y sentarse a coparticipar.

A continuación, se exponen directrices y la metodología para el trabajo en situaciones de emergencia, desde la terapia de red.

### **Terapia de red/intervención en red**

Esta terapia se utilizó hace algunas décadas con las familias que después de haber intentado diversos procesos terapéuticos, los problemas sobrepasaban cualquier intervención. Hoy 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.

La intervención en red se define como un enfoque clínico para atender dolorosos problemas de una persona o de una familia, en el

cual, un equipo terapéutico, de al menos dos miembros, actúa como catalizador de 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 de atender a varias personas implicadas en la misma problemática (Elkaím, 1987).

Aun y cuando este modelo se aplica desde hace varias décadas es poco conocido en nuestro país, se ha desarrollado más en otros países de Latinoamérica; uno de sus principales teóricos y promotores es Sluzki (2010), quien describe con detalle los elementos a desarrollar para llevar a cabo la intervención en red. Esta última se entiende como 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).

Para empezar, el especialista requiere definir la *estructura*, con la finalidad de hacer la evaluación inicial de las características y dinámicas que subyacen al grupo. La estructura se conforma de la totalidad de personas implicadas o no en la situación, también pueden participar personas no involucradas de forma directa, pero que quieren aportar o apoyar. Posteriormente, es importante definir los nexos y con estos los vínculos, es decir, el tipo de relaciones que hay entre los involucrados y la clarificación de los afectos entre ellos.

Un paso a destacar es la conformación del equipo terapéutico, este puede integrarse por dos o más especialistas en terapia de red y de ahí, detectar dentro del grupo a las personas que pueden jugar ciertos roles que faciliten el trabajo; por ejemplo, quién puede ser mediador o catalizador de los conflictos.

## Estructura

- a) *Matriz social*: es la totalidad de los contactos y contextos sociales del individuo. Puede estar estructurada, pero abarca también las relaciones amorfas e inexpresadas y puede revestir diversas formas.

- b) *Nexo*: relaciones humanas relativamente durables que se traducen en un contacto visual y tangible. Entre estas encontramos el núcleo familiar y las relaciones profesionales cotidianas, amigos, vecinos y comerciantes representados en el espacio y el tiempo.
- c) El contacto con un *nexo primario*, con frecuencia, da acceso a uno secundario entre los seres humanos, aunque, de hecho, hay por lo menos dos niveles de contactos que dependen del nexo (por ejemplo, amistades de años menos cargadas de afectividad).
- d) *Vínculo*: el lazo o eslabón entre personas. Los vínculos entre miembros de un nexo son los lazos más cargados de afectividad entre todas las relaciones humanas.
- e) *Grupos*: son relaciones humanas con vínculos más o menos laxos, pero que funcionan en un marco estrictamente formal.
- f) *Clan*: relaciones intermedias entre el nexo y el grupo. Sus reglas están menos codificadas y suele ocurrir que se desintegren por completo.
- g) *Plexo*: individuo o pequeño nexo que representa el centro focal (o núcleo) de las relaciones de un grupo, de un clan o una red.
- h) Una red es poco formal, puede que algunos individuos sean 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”.

## Técnica

El equipo terapéutico se conforma por:

- Jefe de equipo
- Interviniente
- Experto en técnicas de grupo

- Dos o tres miembros llamados consultores: su labor es revisar qué pasa dentro del lugar, estar 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: 1 o 2 horas
- El tiempo necesario para hacerse una idea clara de su situación (es)
- La función de la red es generar un grupo tribal<sup>2</sup>. Ahora vivimos en una red, casi invisible.

El modelo de terapia de red en situaciones de emergencia, en particular con familias, posee la bondad de integrar tantas familias o configuraciones afectivas como se necesite, bajo una metodología que tiende a ser sencilla, basada, en especial, en la autorregulación de las intervenciones y de la escucha atenta de las narrativas de las personas, así como de las emociones que la situación emergente les provoca. Desde un lugar humanitario, se promueve la autogestión de las soluciones o posibles respuestas o, en su defecto, el simple y tan importante hecho de ser escuchados con comprensión. Las actividades que se pueden realizar se describen a continuación.

## Metodología

- a) *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 tararen hasta que se forma una figura que funge como himno tribal (por ejemplo, gritos de guerra) y saltar con ellos varios minutos

---

<sup>2</sup> En las antiguas sociedades tribales, la tribu se ocupaba de resolver los problemas existenciales de sus miembros.



- Cerrando los ojos y tomados de las manos, dejar que el movimiento del grupo cree el sonido (por ejemplo, un arrullo *mmmm*).

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

b) *Efecto de red:*

- 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 otra parte no estar de acuerdo). Se centra en 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*.

c) *Movilización:* la polarización conduce luego a la movilización de los activistas, que ayudarán a la tribu a explicar sus objetivos y sus planes; asimismo, 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.

d) *Resistencia-depresión:*

- Es una fase por la que 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.

e) *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.

f) *Hablar del problema:*

- En esta etapa, las familias y los integrantes del grupo se colocan en círculo. 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, destaca aquellas que son similares y recapitula 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.

g) *Elaboración de un plan de trabajo:* a partir de las problemáticas planteadas y las soluciones propuestas, el o la facilitadora sugiere al grupo elaborar un plan de acción para los días subsiguientes. Se recomiendan los pasos siguientes:

1. Jerarquizar los problemas.
2. Calendarizar las acciones.
3. Asignar tareas y delimitar funciones.
4. Organizar internamente al grupo para efectuar las tareas.

Las reuniones pueden desarrollarse las veces que sean necesarias, tal vez una por semana o diario, dada el caso. Es importante destacar 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 de generar conflicto, por tanto, es importante capacitarse 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.

Con base en lo anterior, se hace importante destacar cómo se puede llevar a cabo la integración entre los retos que presentan la diversidad de familias con sus configuraciones afectivas, sus características de organización, sus dinámicas, sus particularidades, como un eje central para tomar en consideración en el trabajo desde la terapia de red.

En conclusión, puede observarse a lo largo de este capítulo que, atender a la familia o sus diversas configuraciones, precisa hacer una evaluación rápida y eficaz para abordar sus necesidades desde un lugar sensible a su circunstancia, pero sin perder de vista que las personas poseen sus propios recursos y que ellos pueden ponerse al servicio de la reconstrucción de sus propias vidas y de las de los demás.

## Referencias

- Angulo-Menassé, A., Granados-Cosme, J. y González-Rodríguez, M. M. (2014). Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa. *Cuicuilco*, 21, 221-236.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). "Overview". In: *The expanded family life cycle: Individual family and social perspectives* (3<sup>rd</sup> ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Contreras, O. y Desatnik, 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* (pp. 69-90). México: Amapsi.
- Desatnik, O. (s/f). *Los retos de la Terapia Familiar ante la diversidad de familias*.
- Elkaím, 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*. Tesis de doctorado. México: UNAM.
- Gómez, L., Atehortua, C. y Orozco, S. (2007). La influencia de las mascotas en la vida humana. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20, 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>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). *Estadísticas a propósito del Día de la Familia Mexicana* (6 de marzo). Aguascalientes, México: INEGI.

- Losada, A. V. (2015). *Familia y Psicología*. Buenos Aires: Dunken.
- Minuchin, S., Nichols, M. y Lee, W-Y. (2011). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México: Paidós, Terapia Familiar.
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sluzki, C. (2010). Personal Social Networks and Health: Conceptual and Clinical Reciprocal Impact. *Families Systems y Health*, 28, 1-18.

## TERAPIA DE SESIÓN ÚNICA DESPUÉS DEL SISMO #19s EN LA COMUNIDAD LGBT

Mario Fausto Gómez Lamont\*

**L**a terapia de sesión única es reconocida como parte de los modelos de terapia breve. Surgió como una respuesta a las críticas hacia las intervenciones psicoterapéuticas largas, prolongadas y complicadas. Esta terapia trata cada sesión como una terapia completa, desde el primer contacto hasta el cierre. En ese sentido, el(la) terapeuta que practica este enfoque parte de la fuerte convicción que toda terapia puede ocurrir en una sesión y a partir de ella es posible generar un cambio significativo, independientemente de la gravedad con que se pueda valorar al problema.

En la práctica, no difiere de otros modelos de terapia breve: en cada sesión, terapeutas y consultantes construyen metas a partir de las preocupaciones de estos últimos, invirtiendo esfuerzos en dos posibles vías. Por un lado, que quienes acuden a terapia terminen la sesión

---

\* Profesor definitivo adscrito a la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, UNAM, así como a la Universidad Tecnológica de México (Unitec), campus Sur. Responsable del Colectivo de Estudios de Género de la FES Iztacala.

con la sensación de haber sido escuchados, con una mayor esperanza y conciencia de sus lados fuertes y recursos; y, por otro, que comiencen a desarrollar un plan sobre cómo enfrentar sus preocupaciones.

### **Principales supuestos de la terapia de sesión única**

En cuanto a su epistemología, la terapia de sesión única ha sido construida a partir de fundamentos de la teoría general de sistemas, en su concepción más básica, pensar las relaciones humanas como sistemas lingüísticos, relacionales y afectivos (Slive y Bobele, 2013); sin embargo, en este capítulo se amplía este argumento mediante el uso del “sistema sexo-género” como un ordenador y codificador de los conflictos entre mujeres y hombres, en una sociedad heteronormada, con la finalidad de elaborar adecuadamente la propuesta de intervención dirigida a la comunidad LGBTQ+ (Gómez-Lamont, 2018; Gómez-Lamont y Silva-Aragón, 2019).

Siguiendo un ejercicio de ampliación conceptual, se retoma la teoría cibernética, la cual se interna en el entramado y complejo intercambio comunicativo e interpersonal (Slive & Bobele, 2013). En este sentido, resulta necesario integrar el debate entre los conceptos de *igualdad* y *diferencia*, visibilizando el circuito de discriminación hacia las diversidades sexuales, razas, clases sociales, entre otros excluidos en la sociedad mexicana (Gómez-Lamont, 2018).

Lo anterior nos lleva considerar al construccionismo social (Gergen, 1994; Slive y Bobele, 2013). La comprensión del sistema social desde esta perspectiva, es un proceso que requiere integrar la crítica de Sally Haslanger (2012), quien, a diferencia de Gergen, visibiliza estructuras de opresión, como son: racismo, clasismo, heterosexismo, sexismo y cis-sexismo. Para Haslanger (2012), las construcciones sociales “fuertes” (o las que denomina así) son aquellas que están respaldadas por la institucionalización y la organización

de las prácticas sociales, las cuales limitan la agencia de las personas pertenecientes a grupos minoritarios (como las personas LGBT+) y las lleva a experimentar diversas emociones políticas, como el dolor, el miedo o la repugnancia.

La terapia, entonces, debe estar orientada a comprender para poder integrar las responsabilidades estatales frente a los problemas que viven las familias que asisten a un servicio de salud y con ello, y como profesional, ser sensible a esas emociones y responder, desde una reflexión sincera, sobre sus cegueras, limitantes y privilegios sociales. Si bien la intención del presente escrito no es profundizar en esos elementos epistemológicos, es conveniente enunciarlos, ya que son solo algunos de los supuestos básicos que fundamentan esta propuesta clínica:

1. *La mayor parte de los procesos de terapia son breves.* Las investigaciones que analizan la eficacia y efectividad de los tratamientos confirman que uno es el número común de sesiones o que ocurren con mayor frecuencia en los modelos de terapia (Eguiluz, 2004; Talmon, 1990; Slive y Bobele, 2013). Un punto importante es que se ha demostrado que el ritmo de cambio en el transcurso de la terapia decrece conforme aumenta el número de sesiones. Gran parte del cambio ocurre en las sesiones iniciales (Eguiluz, 2004). Investigaciones como las de De Shazer (1986) y Ochoa (2004) confirman que la terapia breve es efectiva y eficaz. De acuerdo con De Shazer (1986), no se trata de hacer menos que una terapia prolongada, sino alcanzar en el menor número de sesiones los mismos o mayores resultados. Eso significa que, como señalan Watzlawick y Nardone (2014), en la terapia es fundamental resolver la mayor cantidad de problemas en el menor tiempo posible.
2. *La terapia como método para resolver problemas de la vida real.* Un autor fundamental para la terapia familiar sistémica es Jay Haley (1990), quien aconseja centrarse en los problemas de la

vida cotidiana y evitar orientar la entrevista hacia temas existencialistas, con tal de evitar desenfocar el problema del(la) consultante. Siguiendo esta noción, quien trabaja este modelo de terapia se arroja con la perspectiva de una terapia centrada en el problema y la solución. Watzlawick (1992), en sus trabajos sobre terapia breve, ofrece un marco teórico y metodológico para entender cómo opera la sesión única, pues coincide con la concepción de que los problemas se generan y mantienen por los intentos ineficaces de solución.

3. *No es necesario saber mucho del problema para resolverlo.* En la terapia de sesión única (TSU) se retoma a De Shazer (1988) cuando describe que el problema y la solución son dos fenómenos discontinuos. Para explicarlo utiliza la metáfora de la “llave” y la “cerradura”; esto es, para abrir una puerta no es necesario tener una llave que se corresponda exactamente con la forma de la cerradura, sino que es suficiente con usar una ganzá que abra el mecanismo. Por tanto, lo que para una persona puede ser una solución, para otra con un problema similar no lo es. En una TSU suelen construirse soluciones o posibilidades a partir de las excepciones o de las expectativas que las personas tienen de sus vidas sin la presencia de las situaciones que les aquejan. Asumir este supuesto ayuda a tomar atajos en el proceso y, por ende, acortar la terapia (Slive y Bobele, 2013).
4. *Cada sesión puede ser una terapia entera.* Cuando se habla del cambio y la motivación para el mismo, se hace referencia a un dilema complejo dentro de los modelos terapéuticos, dado que, para unos, el centro de la motivación son los mecanismos psíquicos, mientras que, para otros, hay una interacción entre aquellos que ocurren de manera interno y los eventos de exterior. En ese sentido, Prochaska (1999) señala que la motivación para el cambio se logra pasando por diferentes etapas, lo que significa que una persona puede, en tiempo variable, pasar de



una a otra, hasta lograr dar vuelta a la rueda de cambio; dichas etapas son: pre-contemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída.

Con base en esta concepción del proceso de cambio, la TSU intentará identificar la etapa en que se encuentra la persona consultante y le ayudará a completar, en el transcurso de la sesión y en la medida de lo posible, todo el ciclo. En situación de desastres, es común que ante el trauma que genera, las personas se encuentren en pre-contemplación o contemplación, pero puede variar según el tipo de circunstancia.

5. *Solo se necesita un pequeño cambio para iniciar una solución.* Quien trabaja la terapia de sesión única asume la premisa: “un cambio en algún elemento del sistema genera cambio en los demás elementos del sistema y en el sistema total” (Eguiluz, 2004). Por tanto, se simpatiza con la metáfora del efecto “bola de nieve”, que permite planear intervenciones desde los recursos propios de la persona consultante, así como valorar y reconocer hasta el más pequeño de los cambios, dado que puede desencadenar cosas aún más grandes y significativas. Entonces, los recursos pequeños traen consigo grandes posibilidades de salir adelante.
6. *Las personas cuentan con recursos para solucionar y hacer frente a sus dificultades.* Cuando se habla de la TSU, suele reflexionarse sobre los recursos que llevan a la resiliencia; esto es, se acompaña al consultante a mirar las posibilidades de transformar un evento traumático en una oportunidad de crecimiento personal (Cirulnik, 2002) y familiar (Walsh, 2007). La resiliencia no es una condición innata, sino que se aprende a través de resolver situaciones adversas. Desde la TSU y a partir de los elementos del sistema sexo-género, (Gómez-Lamont y Silva-Aragón, 2019), las críticas al construccionismo social de Haslanger (2012), pensar en la resiliencia proporciona información

acerca de la capacidad que tienen personas y familias para hacer frente a las adversidades y salir fortalecidas de ellas. Esta idea ayuda al terapeuta a tomar una postura de colaboración que permita evocar y ayudar a gestionar recursos y lados fuertes presentes. La terapia se convierte así en una consulta dialógica donde se ofrecen ideas, se proponen nuevas visiones y acciones y la persona consultante decide tomarlas, rechazarlas o dejarlas en espera.

7. *El lenguaje como eje central de la terapia.* En la TSU se retoman las reflexiones en torno al lenguaje, por la alianza epistémica con las ideas de la posmodernidad, la cual mira al lenguaje como el principal vehículo que da sentido a la realidad de las personas, realidad marcada por palabras, significados y prácticas sociales en torno al sexismo, racismo, heterosexismo (Gómez-Lamont, Silva-Aragón, 2019). Desde esta perspectiva construccionista crítica y social (Haslanger, 2012), la terapia representa un proceso conversacional capaz de co-construir significados (Bruner, 1990; White y Epston, 1989; Gergen, 1994; Gómez-Lamont, 2018).

Para las(os) terapeutas que se identifican con las intervenciones únicas saben que el lenguaje construye y reconstruye eventos que tienen una secuencia temporal, un desarrollo, intenciones, significados y desenlaces, que a su vez son modificados en cada diálogo, de ahí la importancia del reconocimiento de los pronombres por los cuales quieres que se refieran a nosotros/as/es (Bertrando, 2011; Gómez-Lamont, 2018, Anderson, 1997).

Lo anterior significa que, a lo largo de nuestra vida, revisamos constantemente nuestras historias y posiblemente modificamos el significado de los eventos y de las relaciones que hemos establecido, como las personas LGBT que continuamente deben (y debemos) de revisar sus (nuestras) propias

identidades, dolores y miedos asociados a sus identidades. Las narrativas personales no son estáticas, sino fluidas y se dan en el contexto de relaciones e intercambios lingüísticos con otras personas (Gergen, 1994; Anderson, 1997; Gómez-Lamont y Silva-Aragón, 2019).

Hasta aquí se han señalado las siete características más comunes y numerado los supuestos principales de la terapia de sesión única, que permiten fundamentar la práctica. Es menester reconocer que sus premisas son compartidas con otros modelos de terapia breve, incluso, su metodología coincide con motivar el cambio y ser eficaz en él. Sin embargo, quizás la principal distinción sea por parte del(la) terapeuta en el sentido que una sesión es suficiente para lograr cambios y que, por ende, es necesario actuar de acuerdo a la idea de “por si no te vuelvo a ver”.

### **Consideraciones para el trabajo con la comunidad LGBT**

Para iniciar, es fundamental reconocer que el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Cenapred), ha realizado estudios importantes como la *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, en su última actualización (2017). Con una muestra de 39 mil viviendas, 1248 personas (3.2%) eran de la comunidad de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero (LGBT) y que viven en México. Las personas que se identificaron como LGBT afirmaron haber sido discriminadas a razón de su orientación sexual en diversos espacios de la vida cotidiana. Estas estadísticas cobran sentido cuando se enlazan con las historias escuchadas en psicoterapia, con contenidos de supervivencia y resistencia ante la discriminación (Gómez-Lamont, 2016).

Para Rebekka Ouer (2016), el trabajo con la comunidad LGBT nos sugiere ser cautelosos cuando no se pertenece a ese grupo urbano,

pues, dados los ataques homofóbicos, bifóbicos y transfóbicos en los campos de salud, son una comunidad que se reconoce como vulnerable por una sociedad heteronormada, razón por la cual exigen sus derechos más que otros grupos civiles, lo que nos lleva, como terapeutas, a considerar nuestras formas de abordaje y acercamiento. Por esta razón, las características mínimas de acercamiento terapéutico en casos de desastres a personas de la comunidad LGBT, deberán considerar una sensibilización a las múltiples violencias y formas de discriminación que vive esta comunidad. Veamos un ejemplo publicado por Alonso Hernández (2017) para el sitio web ULISEX. Por motivos de confidencialidad cambiamos los nombres de los protagonistas:

Alejandro, hijo de Silvia, nieto de Mauricio y Perla. Alejandro era muy unido a su hermano Juan, quien fue compañero de juegos, alegrías y tristezas, cómplice de vida. Alejandro realizó la carrera de psicología [sic] en la UAM Iztapalapa, su tesis fue sobre el uso de las redes sociales como medio participativo por lo que convocó a un grupo focal en agosto del 2016, de jóvenes entre 18 y 25 años, sin estudios universitarios. Alejandro era un chico inteligente, sociable, buen compañero y solidario con manifestaciones sociales como Ayotzinapa. Alejandro mantenía una relación con Daniel.

El 19 de septiembre del 2017, Alejandro se encontraba trabajando desde hacía un mes en el departamento de recursos humanos, ubicado en el cuarto piso del edificio ubicado en Álvaro Obregón 286, dado que esa fecha era el aniversario del terremoto de 1985, a las 11 del día participaron en el simulacro con buen resultado; alrededor de las 13 horas de ese día se produjo un sismo de 7.1 en la CDMX generando el colapso del edificio donde él se encontraba.

Elementos del ejército y la marina impidieron durante las primeras horas la llegada de voluntarios y por ende del rescate, debido a que las condiciones eran riesgosas. Desde el primer momento su novio, Daniel, estuvo comunicando en redes sociales la desaparición de Alejandro y, posteriormente, las necesidades del voluntariado. Daniel y la familia de Alejandro mantuvieron el ánimo positivo, confiando en que Alejandro saldría

del edificio, colocaron mantas, pidieron oraciones de amor. Familia, novio, amistades, profesores estuvieron en todo momento compartiendo noticias sobre lo que acontecía en Álvaro Obregón 286. A los escombros de Álvaro Obregón, llegaron brigadistas japoneses, colombianos, españoles e israelíes, los familiares y el novio de Adrián estaban confiados que saldría vivo pues estaba en el cuarto piso donde según autoridades había varias personas atrapadas con vida. Su tía tenía la confianza de que Adrián saliera con vida, tomando en cuenta su experiencia de 1985, por desgracia no fue así. El cuerpo de Alejandro fue rescatado sin vida la noche del 25 de septiembre, sus familiares hicieron la velación de sus cenizas.

### Terapia de sesión única en un caso de una pareja de la comunidad LGBT y su familia

Para Miller (2006), la terapia comienza en el primer momento de reunión entre terapeuta y familia afectada. Con base en el ejemplo de la familia de Alejandro, hay que reconocer, en primer lugar, la sensibilidad de conectar a la familia sin aislar a su pareja romántica, en este caso Daniel, que en todo momento estuvo al pendiente de su novio. En consideración de lo anterior, la “filosofía” de este tipo de intervención es sacar el máximo provecho al tiempo que se tiene con las personas consultantes, y hacer diferencia con otros modelos terapéuticos, principio que será de gran utilidad en casos de desastre.

#### *Diálogo introductorio*

Existe una controversia en relación con lo que debería preguntarse a las(os) consultantes en primera instancia; sin embargo, hay coincidencia en hacer visible la gama de necesidades de estas personas. De ahí que iniciar el diálogo mediante la pregunta “¿Cuál es tu preocupación más importante en este momento?” fuese primordial, dado

que abre la posibilidad de conversar y reflexionar sobre la búsqueda de algún familiar (como el caso presentado), puesto que algunas personas solo reflexionan sobre la interrupción repentina de su vida tras el terremoto o sobre un integrante de la familia que es encontrada en dificultades. En casos como el de Alejandro, la comunidad LGBT se ve doblemente vulnerada cuando la discriminación se encuentra asociada a temas de invisibilidad de la pareja. Por ejemplo, si la familia de Alejandro no reconociera a Daniel como su novio y no se le permitiera ir al velorio, o si Alejandro hubiese vivido con VIH, su condición de salud ante la familia podría haber sido silenciada, o si Daniel fuese quien viviera esa situación, en reportes emitidos por la clínica Condesa, tras el sismo, se vio afectada la distribución de medicamentos, hecho que puede incrementar los niveles de estrés tras el desastre.

En estos casos, el(la) terapeuta tendría que juzgar cuál sería el tipo de ayuda más importante que necesita la familia o Daniel (situándonos en el caso), para priorizar las necesidades. Como menciona Miller (2006), algunos consultantes necesitan vincularse a recursos físicos, como servicios de salud (en caso de necesitar medicamentos) y refugio; otros se benefician más de relacionarse con integrantes de su familia o de la del difunto, como lo mostrado con Daniel, quien estuvo en todo momento con la familia de Alejandro, apoyando en la búsqueda y rescate, así como en el transcurso del velorio. En ese sentido, para ser más efectivo, Miller (2006) sugiere tener siempre información precisa sobre varios servicios de apoyo (clínica Condesa, IMSS, ISSSTE y Cruz Roja) para ayudar a los(as) consultantes de forma efectiva ante necesidades físicas.

Contar con este tipo de información se convierte en un recurso esencial para proporcionar ayuda más efectiva y eficaz. En ese sentido, el diálogo debe ser guiado por las necesidades físicas y emocionales de las personas. Lo que conduce a otra posible pregunta para guiar el diálogo de forma adecuada: “¿Qué cosas has intentado?” Esta

pregunta contribuye a abrir el tema sobre soluciones efectivas y eficaces ante situaciones difíciles. Esto hace útil conocer aquello que las personas ya probaron para evitar insistir en algo que no está funcionando. Además, reconociendo el aporte de Ochoa (2004) es posible ayudar a las personas a reflexionar sobre las fortalezas personales con las que cuentan para salir adelante de esta situación, lo que les permite avanzar en su proceso de sanación.

En ese tenor, Eguiluz (2004) recuerda que la terapia centrada en soluciones permite explorar aquellas eficaces durante traumas o pérdidas del pasado, lo que contribuye a que las personas consultantes sigan adelante con los esfuerzos que ya están llevando a cabo mediante sus propios recursos; esto facilita seguir adelante con preguntas clave en el diálogo terapéutico, tales como: “¿Qué fortalezas interiores te serían útiles en este momento tan doloroso?” Según Miller (2006), las investigaciones centradas en la resiliencia enfocadas en personas que acaban de experimentar un trauma, hablan sobre los elementos clave que favorecen cambios positivos, así como su sanación. Entre ellos, se encuentran las relaciones familiares cercanas y amorosas, que fomentan la habilidad de desarrollar significados y narrativas colectivas que contribuyen a la supervivencia de los eventos difíciles, como en el caso de Daniel, que estuvo en contacto continuo con la familia de su difunto novio, para afrontar juntos la pérdida.

Por su parte, Eguiluz (2004) reflexiona sobre la perspectiva positiva, así como las convicciones espirituales y el sentido de esperanza que conduce a algunas personas a tener un sentido de control y certeza de lo que ocurre. En el caso presentado, la familia invitó a profesores, amigos y al novio de Alejandro a acompañarlos en el velorio. Estas convicciones espirituales construyen otras narrativas colectivas, que a su vez edifican nuevas historias predilectas para la familia y allegados.

“¿Cuál sería el cambio más pequeño que te mostraría que las cosas se mueven en la dirección correcta?” es una pregunta común

dentro de los modelos de terapia breve, en específico el estratégico (Watzlawick y Nardone, 2014), y el conocido como centrado en soluciones (De Shazer, 1988), debido a que explora el proceso de ayudar a a quienes acuden a terapia a identificar y jerarquizar problemas y metas. En el caso de Daniel y la familia de Alejandro, la meta pudiera reconocerse en diversas fases:

1. *Fase de la búsqueda.* Encontrar a Alejandro sería el cambio emotivo más pequeño que llevaría tranquilidad a su familia y a Daniel.
2. *Fase del encuentro con el cuerpo.* Enterarse de que Alejandro perdió la vida, debió ser el momento más difícil para la familia y para Daniel; quizás el cambio más pequeño que demuestra que las cosas van en dirección correcta es “dar descanso” a Alejandro y honrarlo mediante un velorio adecuado, con reconocimiento de todas las personas que lo amaron en vida
3. *Fase del duelo.* En el sentido de la pérdida familiar, la incorporación de Daniel en todo el proceso debe de indicar que van en la dirección correcta, dado que es el reconocimiento de quién era Alejandro y a quien amaba.

El objetivo de la terapia es ayudar a la familia y a los demás seres queridos a involucrarse en la elaboración de las metas. En este caso, incorporar en todo momento a Daniel, para que juntos y de forma colaborativa se desglose el tema, y enfocarse en los pasos que pueden tomar la familia y Daniel, lo cual puede llevarse a cabo en una sola reunión. De acuerdo con Miller (2006), otro punto importante es que el(la) terapeuta debe guiar el proceso y poner especial atención en evitar proporcionar más ayuda de la que se pide. Por ejemplo, Daniel puede no estar buscando una solución en ese momento crítico, sino simplemente busca a alguien con quien hablar, alguien sensible al tema de la diversidad sexual y competente en situaciones de crisis.



## Estrategias generales en la zona de desastre

En el caso que se describe, Daniel y la familia de su novio pasaron noches en vela cerca del edificio en el que quedó atrapado Alejandro. En esas circunstancias, la intervención se ve forzada a estar en el lugar del incidente. Para acercarse a la familia y al novio, Miller (2006) recomienda los pasos siguientes:

1. *Antes de desplazarse al lugar de los hechos.* Es necesario asegurarse de poder soportar las dificultades de la tarea. Si sabe que emocionalmente le costará o que será insoportable estar en el lugar del siniestro, es mejor dejar pasar esa tarea pues pudiera exponer a más personas en ese intento.
2. *Durante el desplazamiento* Asegúrase de mantener un horario para dormir y comer. En las zonas de desastre, voluntarios(as) o rescatistas, sin algún horario, se olvidan de comer o dormir, por lo que es importante preguntar, en este caso a Daniel y a la familia de Alejandro, cuándo fue la última vez que comieron o durmieron; es común en estas situaciones que la gente no coma o duerma.
3. *Investigar la cadena de mando al inicio del desplazamiento y seguirla todo el tiempo.* Reconocer quiénes están a cargo de la situación, aunque implique soportar algunos elementos burocráticos; seguir el sistema de reglas, porque intentar ayudar o acercarse a zonas acordonadas sin saber, pone en riesgo la propia vida.
4. *En el desplazamiento, prepárese para “apurarse y esperar”* en diversas tareas cotidianas en las que se encuentran implicadas las víctimas del desastre. En este caso, la familia de Alejandro y Daniel. Es fundamental dar acompañamiento *in situ* en que deba traer o preparar algo de comer, tranquilizar a la familia y a brigadistas que pueden estar frustrados por las tardanzas e incertidumbres por no lograr encontrar a alguien.

5. *En el desplazamiento.* Asegurarse de llamar a algún familiar para que esté enterado de donde se encuentra, así como su seguridad.
6. *Al final del desplazamiento.* Recordar la importancia del procedimiento de salida; es la oportunidad de contar la historia personal sobre las experiencias en el desplazamiento a la zona de desastre; proporcionará un cierre importante. Este proceso es igual al trabajo de supervisión que realiza la persona que organiza a brigadistas de la zona. Será indispensable reportar la actividad realizada a esta persona. Por ejemplo, en el caso del edificio colapsado en Álvaro Obregón 286, donde yacía atrapado Alejandro y otras personas, supervisores y brigadistas estaban divididos entre profesores de la Facultad de Psicología y de la FES Iztacala, ambas de la UNAM, así como personal de protección civil de la CDMX y militares. Por ello, era fundamental reconocer quiénes serían los más próximos a las(os) brigadistas.

## Conclusiones

Este tipo de modelo de intervención se hace cada vez más común en la enseñanza y en la práctica de la terapia breve. Investigaciones sobre la temática han demostrado que el número más común de asistencia de consultantes en una terapia es una sesión, seguido de dos y tres sesiones, independientemente del diagnóstico, la complejidad o la gravedad de su problema.

Según Slive y Bobele (2013), la terapia de una única sesión es cada vez más popular en la consulta psicológica, sobre todo en los servicios ambulatorios o en los que se requiere una intervención inmediata en casos de desastre; recuerdan la investigación de Talmon, en 1990, donde de 58 pacientes, la mayoría (79%) fueron atendidos en una sesión; sin embargo, existía una condición interesante: alrededor de un año después de esa única sesión, esas personas reflexionaron

a través de una gama de terapias tomadas, señalaron que la sesión única fue adecuada, dada su actual circunstancia (en el momento) y 88% reportaron mejoría, después de la primera sesión.

En algunas situaciones, dentro de un servicio de sesión única, el(la) terapeuta deberá tener conocimientos culturales y contextuales adicionales de consultantes específicos, como los pertenecientes a la comunidad LGBT (Gómez-Lamont y Silva-Aragón, 2019), demostrado en el caso de Daniel y Alejandro, el cual radica en que pudiera existir homofobia por parte de alguno de los integrantes de la familia (Gómez-Lamont, 2016). Si bien no se presentó en la relación de ellos, existen otros tantos casos en los que sí.

En este capítulo, el esfuerzo giró en torno a mostrar cómo la terapia de una única sesión, en conjunto con la sensibilidad a los estudios de los movimientos LGBT, pueden dar una atención inmediata a quien lo necesite, pues puede reconocerse que la homofobia crea ambientes distintos de empatía para las víctimas de un desastre natural. Este trabajo es un paso para enfrentar el desafío lanzado por la discriminación en México, así como la dificultad que emana el trabajo de terapeutas en situaciones de desastre.

Se advierte a las personas que deseen apoyar a víctimas de desastres naturales, identificadas como LGBT, revisar el lenguaje y prejuicios propios sobre la diversidad sexual, así como explorar la capacidad de maniobra en situaciones complicadas y adversas como un desastre natural. En ese sentido, los estudios de género y de la diversidad sexual, asociados con la terapia de sesión única, proporcionan una estrategia útil en esta dirección.

## Referencias

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge: Harvard University Press.

- Bertrando, P. (2011). *El Terapeuta dialógico*. Pax: México.
- Cirulnik, B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1988). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Eguiluz, L. (2004). *La terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Encuesta Nacional sobre Discriminación (Enadis)* (2017). México: Conacyt, CNDH, Copanred, INEGI, UNAM. Obtenida de [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017\\_08.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017_08.pdf)
- Gergen, K. (1994). *Realities and Relationships*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gómez-Lamont, M. (2016). Homofobia y Suicidio: 6 sesiones de intervención en crisis en juventudes homosexuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 19, 248-265.
- Gómez-Lamont, M. (2018). *La Terapia Sistémica Multicultural con Perspectiva de Género*. Mauritius: Editorial Académica Española.
- Gómez-Lamont, M-F y Silva-Aragón, A. (2019). *La Terapia Familiar Sistémica y la Comunidad LGBT+*. México: Pax/LEED, UNAM.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haslanger, S. (2012). *Resisting Reality: Social Construction and Social Critique*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hernandez, A. (2017). *Adrián Moreno Martínez (1993-2017). Una víctima del S19*. México: ULISEX Fuente consultada el 20 de enero de 2019: <https://ulisex.com/adrian-moreno-martinez-1993-2017-una-victima-del-s19/>
- Miller, J. K. (2006). "The Reluctant Client: Breaking down the barriers to Clinical Service Delivery" In: *Annual Conference of the Oregon Association for Marriage and Family Therapy*, Eugene, Oregon.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2007). *El Arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Ouer, R. (2016). *Solution- Focused Brief Therapy with the LGBT Community: Creating Futures through Hope and Resilience*. New York and London: Routledge.
- Ochoa, I. (2004). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Prochaska, J (Trad.) (1999). *¿Cómo cambian las personas y cómo podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas personas?* (pp. 227-255). Mark A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. Miller (Eds.), Washington, DC: American Psychological Association.
- Slive, A. y Bobele, M. (2013). *Cuando sólo tienes una hora: terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. México: Editorial Paidós.
- Talmon, M. (1990). *Single session therapy*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

- Walsh, F. (2007). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Watzlawick, P. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2014). *La terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1989). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona: Paidós.



## TERAPIA DE EXPOSICIÓN PARA ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SITUACIONES DE DESASTRE

Anabel De la Rosa Gómez\*

**M**éxico es un país expuesto a gran variedad de fenómenos naturales y, en múltiples ocasiones, ha experimentado los efectos del desastre, con pérdidas humanas y materiales, 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 como para niños; hombres y mujeres, en cualquier contexto cultural. Se estima que, entre 82% y 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 *et al.*, 2010).

De acuerdo con Foa (2011), los factores que contribuyen a graduar la intensidad de la respuesta ante un evento estresante son:

---

\* Coordinadora de Educación a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

a) capacidad de control que tiene la persona sobre la propia situación, b) capacidad de predecir el hecho y c) amenaza percibida. Así, 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.

Por fortuna, la mayoría de las personas expuestas a un suceso traumático logran recuperarse con el paso del tiempo; ello dependerá del tipo de suceso traumático y de las características psicológicas de la víctima. No obstante, 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.

Se estima que una de cada cuatro personas manifiesta un TEPT después de un suceso traumático (Cía, 2001). La población que presenta algún trauma puede variar entre 15% y 20% (Echeburúa, 2004; Foa, Rothbaum, & Furr, 2003; Medina-Mora *et al.*, 2005) después de haber sufrido un accidente o una catástrofe natural, mientras que el porcentaje puede elevarse hasta 50% o 70% en quienes han presenciado un hecho violento, como en el caso de soldados en guerra, víctimas de terrorismo, violencia familiar, agresiones sexuales y secuestro.

En Estados Unidos, la prevalencia estimada a lo largo de la vida en población adulta es de 8% (APA, 2000). Otros estudios indican que entre 1% y 3% de la población general presentan TEPT tras haber experimentado acontecimientos traumáticos, y entre 5% y 15% presentarán formas subclínicas del trastorno (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996; Paunovic & Öst, 2001). En México, se ha informado que la prevalencia de TEPT ante desastres se encuentra entre 2.3% y 3.6% (Medina-Mora *et al.*, 2005; Orozco *et al.*, 2008). En un estudio realizado por Tapia *et al.* (1987) con población que se ubicaba en albergues de la Ciudad de México tras los sismos de 1985, se detectó que



32% de la muestra estudiada presentaba síntomas de estrés postraumático, como angustia generalizada, agitación, temblor, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño y alteraciones psicofisiológicas asociadas. Estos síntomas se presentaron hasta un mes después del terremoto (Álvarez-Icaza y Medina-Mora, 2018).

## Trauma psicológico

El trauma es una reacción psicológica derivada de un suceso altamente estresante, que implica la vivencia de un acontecimiento negativo, el cual surge de forma inesperada e incontrolable y pone en peligro la integridad física o psicológica de una persona, quien al mostrarse incapaz de afrontarlo, manifiesta malestar intenso. Se trata de un suceso que la persona no espera encontrar porque no forma parte de las experiencias habituales del ser humano; por ende, la intensidad del suceso y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inhabitual explican el impacto psicológico en la persona (Echerburúa, Corral y Amor, 2004). Si bien existe cierta controversia sobre la categorización de un suceso como *traumático*, autores como Carlson y Dalenberg (2000) y Foa, Keane y Friedman (2000) identifican al menos tres elementos necesarios para que un evento sea considerado traumático: ser vivido como incontrolable, negativo y de carácter inesperado y repentino.

De acuerdo con Vázquez, Pérez-Sales y Ochoa (2014), es posible identificar distintas etapas en la historia de la investigación sobre el trauma psicológico. El trastorno por estrés postraumático se describió por primer vez en las nosologías psicopatológicas en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III) (APA, 1980), y se definió 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; además, comprendía un

conjunto de síntomas de estrés que se manifestaban de forma similar en la mayoría de las personas expuestas a un acontecimiento psicológico traumático que, por lo general, se encontraba fuera del marco habitual de la experiencia humana.

No obstante, el concepto clínico que subyace a este término fue descrito en el siglo XIX con víctimas de accidentes ferroviarios, veteranos y prisioneros de guerra. Así, desde que comenzó a estudiarse, se han utilizado una gran variedad de términos para denominar las secuelas que, a nivel psicológico, provoca la exposición a traumas graves, como “neurosis por trauma psíquico”, “síndrome post-Vietnam”, “reacción extrema por estrés” y “neurosis traumática” (Hernández-Guzmán, 2001); sin embargo, fueron los conflictos bélicos, en especial las dos guerras mundiales y la de Vietnam, los que consolidaron el interés por este trastorno, al observar un porcentaje importante de soldados norteamericanos que presentaba sintomatología postraumática.

En la reciente publicación del DSM-5 (APA, 2017; Armour, 2015) se realizaron 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; modificaciones a los criterios B y C, sobre especificaciones mínimas a algunos síntomas; inclusión del criterio D (alteraciones cognitivas y del estado de ánimo), lo que representa la principal novedad de la clasificación, con 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, Keane y Friedman (2000); asimismo, la presencia de emociones negativas como la culpa, vergüenza e ira, 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). Por último, se introduce en el criterio E (alteraciones en la activación y reactividad) los síntomas relacionados con la presencia de comportamientos irritables y auto-destructivos.

### **Tratamientos psicológicos eficaces**

Los hallazgos de investigación acerca de la eficacia de tratamientos psicológicos para el trastorno de estrés postraumático han dado gran apoyo empírico a las intervenciones de corte cognitivo-conductual. Los principales procedimientos aplicados en el tratamiento del TEPT han sido:

- a) *Terapia de exposición*: específicamente la exposición prolongada, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas o imágenes de estas sin escapar de ellas.
- b) *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.
- c) *Terapia cognitiva*.

Bradley *et al.* (2005) realizaron un meta-análisis que consistió en la revisión de 26 estudios clínicos controlados aleatorizados, que investigaban la eficacia de 44 condiciones de tratamiento, de las cuales, 37 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 pretratamiento contra el postratamiento cambió a través de los tratamientos en 1.43. Los estudios incluyeron un amplio rango de sucesos traumáticos: 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 (2006), se señalan tratamientos probablemente eficaces para el tratamiento del TEPT: terapia de exposición, entrenamiento en inoculación de estrés y terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (Cahill, Carrigan, & Frueh, 1999).

### Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Para el caso del trastorno por estrés postraumático abarca un gran número de técnicas. 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. Más tarde, surgieron técnicas psicológicas dirigidas, en específico, hacia los síntomas de TEPT (terapia cognitiva, terapia de procesamiento cognitivo, exposición prolongada, entre otras) basadas en los principios de las teorías del procesamiento emocional de la información. Lo anterior derivó 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, Dalgleish y Joseph (1996).

Se han empleado con satisfacción una serie de técnicas conductuales con distintos grupos que han sufrido un trauma, basados 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, & Tarrrier, 2003).

Para el tratamiento de TEPT, dichas técnicas consisten en un afrontamiento de los estímulos temidos hasta que disminuyan las respuestas de temor condicionadas con anterioridad. La inundación

o exposición prolongada implica exposiciones reiteradas y de larga duración al recuerdo del trauma, ya sea directamente (en vivo) o indirectamente, por medio de la imaginación (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).

### Entrenamiento en inoculación de estrés

De los programas de tratamiento para el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) es el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en TEPT. Fue desarrollado por Meichenbaum (1975) y tiene el propósito de desarrollar 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 EIE parece eficaz en estudios no controlados. El trabajo de 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 del EIE se ha realizado principalmente en víctimas de violación (Foa & Rothbaum, 1998; Veronen & Kilpatrick, 1983). En el estudio de Veronen y Kilpatrick (1983), 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 tres meses.

El EIE se ha utilizado para el tratamiento de la ira, una respuesta emocional habitual tras el sufrimiento de un suceso traumático, que por lo general acompaña la sintomatología de TEPT. A pesar 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, determina los estados emocionales y 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.

Si bien de forma consistente se ha mencionado la importancia de los aspectos cognitivos en la respuesta al trauma (Foa & Riggs, 1993), la investigación es escasa, lo que 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, Corral y Amor, 2004; Foa, Riggs, Massie, & Yarczower, 1995).

En cuanto a la reestructuración cognitiva, Marks *et al.* (1998) encontraron que tanto esta 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 y Humphreys (2000) tampoco 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 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 cinco 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 solo se realizó el seguimiento con 59% de la muestra.

La terapia de procesamiento cognitivo, en un estudio de Resick *et al.* (2002), se encontró que esta terapia y la exposición prolongada fueron superiores a la lista de espera en el postratamiento y en los seguimientos a los tres y nueve meses. Ambas fueron 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 *et al.* (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 un año en pacientes con TEPT subsecuente a violación o abuso sexual.

La TC de Ehlers *et al.* (2005) ha resultado más eficaz que la lista de espera y que un tratamiento con un libro de autoayuda. Varias investigaciones se han centrado en la eficacia del tratamiento para TEPT adicionando la reestructuración cognitiva a los efectos de la exposición (Foa, Keane y Friedman, 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, Moulds y Nixon (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). Concluyeron que el tratamiento combinado no es superior a la exposición.

### Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO)

Esta terapia ha mostrado eficacia 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 este trastorno (escucha activa, relajación con o sin bio-retroalimentación) (Cahill, Carrigan, & Frueh, 1999; Shapiro, 1995).

La DRMO es una técnica establecida por Shapiro (2014) en la que combina la exposición por imaginación con la inducción de movimientos oculares sacádicos. Las revisiones de Harvey, Bryant y Tarrrier (2003) y el meta-análisis 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.

La revisión de Shepherd, Stein y Milne (2000) a dos estudios, sugiere 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. Otro estudio de mayor calidad metodológica realizado por Taylor, Carney, Geddes y Goodwin (2003) comparó 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 re-experimentación y evitación; además, logró mantener la mejoría clínica en el seguimiento a los tres meses.



En concreto, se señala que la desensibilización por movimientos oculares puede conceptualizarse como una terapia de exposición breve e interrumpida 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. No ofrece ganancias terapéuticas adicionales en comparación con el uso de técnicas de exposición convencionales o con otras terapias cognitivo-conductuales (Foa, 2011).

### 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 en pacientes con este trastorno (Foa, 2011). La exposición continuada pretende romper la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada. Jaycox y Foa (1996) señalan que la exposición al recuerdo traumático reducirá los síntomas de TEPT debido a que 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, en vivo, prolongada, dirigida, entre otras.

En general, este tipo de terapia 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 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 tanto la ansiedad como 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, cuyo principal objetivo 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, Hembree, & Rothbaum, 2007), que 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 (45-60 min), mientras que el(la) terapeuta solo interviene de manera 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, Hembree, & Rothbaum, 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 y Friedman, 2004), incesto y accidentes (Devily & Spence, 1999). Así, 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 reestructuración cognitiva parecen mejorar por igual tanto los distintos síntomas individuales del TEPT como otras características asociadas (depresión, culpa, entre otras). En el estudio de Lovell *et al.* (2001), la reestructuración cognitiva fue superior a la exposición solo 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 únicamente exposición con imaginación (Tarrier & Humphreys, 2000) se ha obtenido una menor reducción de síntomas en comparación con otros estudios en que se han utilizado ambos tipos de exposición.

En algunos pacientes, en especial los que presentan mayor sintomatología del TEPT y depresión, no aceptan el tratamiento de exposición al trauma o no cumplen con la autoexposición por imaginación (Cahill, Foa, & Hembree, 2006).

En el estudio realizado por Foa y Rothbaum (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 tres 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 imaginación y en vivo ha sido mejor que el entrenamiento en relajación (Marks *et al.*, 1998) y que la DRMO (Bryant, Moulds, & Nixon, 2003).

### *Protocolo de intervención*

El programa de intervención consiste en 12 sesiones, dos veces por semana, de 90 minutos. La integridad del tratamiento sigue las directrices del manual del terapeuta para el tratamiento de TEPT (Foa, Keane, & Friedman, 2000; Rothbaum, Difede, & Rizzo, 2008) validado en población mexicana por De la Rosa y Cárdenas (2012). Los componentes de tratamiento por sesión son:

*Sesión 1. Componente educativo.* El(la) terapeuta revisa con el participante las reacciones, síntomas, emociones y comportamientos usuales que despiertan las experiencias traumáticas.

*Sesión 2. Entrenamiento en respiración.* Se presenta con el propósito de desarrollar una habilidad útil y práctica para reducir la tensión generalizada y la ansiedad que interfieren con el funcionamiento cotidiano.

*Sesiones 3 a 10-12.* El tratamiento se centra en la exposición prolongada por imaginación o por realidad virtual, con el propósito que el participante rememore, visualice y recapitule el evento traumático en voz alta. De manera simultánea, se emplea la técnica de exposición en vivo con la finalidad de que el participante enfrente directamente lugares o situaciones temidas.

En cada sesión se graban los relatos del participante y, posteriormente, se le enseña a escuchar la grabación como tarea. En la última sesión se realiza un repaso de lo aprendido durante el tratamiento, incitándolo a continuar con la práctica terapéutica.

### *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 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 para el tratamiento de trastornos de ansiedad (Bryant & Harvey, 2000; Paunovic & Öst, 2001; Tarrrier & Sommerfield, 2004; Tarrrier, Liversidge, & Gregg, 2006).

Como se señaló, a pesar que la exposición prolongada es el tratamiento de elección para TEPT (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007; Powers *et al.*, 2010) es poco utilizado en la práctica clínica (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Fontana, Rosenheck, Spencer, & Gray, 2002; Minnen, Hendriks, & Olf, 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) historia de victimización de pacientes y otras características personales, b) características y percepciones del(la) terapeuta, y 3) factores medioambientales del tratamiento (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Felmingham & Bryant, 2012; Hembree *et al.*, 2003; Jaycox & Foa, 1996; Litz, Gray, & Bryant, 2002).

De acuerdo con la literatura científica, algunas variables moderadoras o mediadoras podrían afectar la respuesta al tratamiento. Conocer estos factores puede ser útil para la elección del tratamiento más eficaz disponible con base en las características particulares del(la) paciente y del contexto donde se brindará el tratamiento. Asimismo, conocer los factores asociados al fracaso de la técnica de exposición permitirá indagar sobre las modificaciones necesarias para lograr el éxito terapéutico y 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 autores que brindan información al respecto.

En el estudio de Van Minnen, Arntz y Keijsers (2002), informaron que al finalizar el tratamiento, entre 25% y 45% de pacientes con TEPT 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 con los factores del(la) paciente, en primer lugar se encuentra la evitación cognitiva, ya que 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 Foa (2011), existen tres obstáculos reales para la implementación exitosa de la EP: 1) 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 *et al.*, 1999), 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; Tarrrier & Humphreys, 2000). Asimismo, tampoco 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, de pareja o familiares y mala salud física (Litz, Gray, & Bryant, 2002). Otros trabajos han encontrado que el abuso de sustancias (alcohol, marihuana, benzodicepinas o 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, ira, vergüenza y culpa se relacionan con la gravedad de los síntomas de TEPT (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 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 tanto, se evita la activación de la red de ansiedad, proceso necesario para el éxito del 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, lo cual aumenta el riesgo de abandono (Foa *et al.*, 2005).

Hasta ahora, las investigaciones acerca de la eficacia de la terapia de exposición con otras técnicas cognitivo-conductuales no han mostrado algún beneficio terapéutico adicional (Foa, 2011). Glynn *et al.* (1999) y Mueser, Glynn y Rosenberg (2000) evaluaron 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.

Por último, las condiciones estresantes, en particular, 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.

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

- Álvarez-Icaza, D. y 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*, 60(supl. 1), 52-58. <https://doi.org/10.21149/9399>
- American Psychiatry Association (APA) (2017). *DSM-5 Overview: The Future Manual. DSM-5 development*. Washington: APA.
- American Psychiatry Association (APA) Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285
- 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, 1-8. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.28074>
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed.) (DSM-III). Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed). Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2005). *Trastorno por estrés postraumático*. Universidad de Barcelona. <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, NY: Guilford.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York, NY: Penguin Books.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for 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". In: 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., Schultz, L., Davis, G., & 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.
- Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*, 670-686.
- Bryant, R., & Harvey, A. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bryant, R., Moulds, M., & Nixon, R. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behavior Research Therapy*, *41*, 489-494.
- Cahill, S., Foa, E., & Hembree, E. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 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.
- Cía, A. H. (2001). *Trastorno por estrés postraumático. Diagnóstico y tratamiento integrado*. Buenos Aires: Imaginador.
- 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.
- De la Rosa, A. y Cárdenas, G. (2012). Trastorno por estrés postraumático: eficacia de un programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en población mexicana. *Anuario de psicología*, *42*, 377-391.
- Devilley, 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., Giosan, C., & Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 1639-1647.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. y 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. y 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, 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". In: J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 12, pp. 273-303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Foa, E., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (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, 953-964.
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional Processing of traumatic experiences. Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-588.
- Foa, E., Keane, T. y Friedman, M. (2004). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel Psicología.
- 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, 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 performance*. West Haven, CT: Northeast Program Evaluation Center.
- Glynn, S., Eth, S., Randolph, E., Foy, D., Urbaitis, M., Boxer, L., Paz, G. G., Leong, G. B., Firman, G., Salk, J. D., Katzman, J. W., & Crothers, J. (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., Dorfman, N., Street, G., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients dropout prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.
- Hernández-Guzmán, L. (2001). "Psicopatología y tratamiento del trastorno por estrés postraumático". En V. E. Caballo y M. A. Simon (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y del Adolescente. Trastornos Generales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York, NY: Free Press.
- Jaycox, L. H. y Foa, E.B. (1996): Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176-184.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1996). *Sinopsis de psiquiatría* (7ª ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- 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.
- Medina- Mora, M. E., Borgues, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de Trastorno por Estrés Postraumático en Población Mexicana. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Instituto Nacional de Salud Pública, *Salud Mental*, 47, 8-22.
- Meichenbaum, D. (1975). "Self-instructional methods". In: F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.). *Helping people change* (pp. 357-391). New York, NY: Pergamon Press.
- Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, 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 *Congress on 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 potential-ly traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.
- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E. y López-Carrillo, L. (2008). Eventos traumáticos de vida y trastorno de estrés postraumático en adolescen-tes mexicanos: resultados de encuesta, *Salud Pública, 50*(supl. 1), 29-37.
- 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 Psychology Review, 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 condi-tion 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.
- Rothbaum, B. O., Difede, J., & Rizzo A. (2008). *Therapist treatment manual for virtual reality exposure therapy*. Decatur: Virtually Better.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles, Pro-tocols and procedures*. New York, NY: Guildford Press.
- Shapiro, F. (2014). EMDR therapy humanitarian assistance programs: Treating the psy-chological, 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 reprocess-ing in the treatment of posttraumatic stress disorder: A review of an emerging therapy. *Psychological Medicine, 30*, 863-871.
- Tapia, R., Sepúlveda, J., Medina-Mora, M. E., Caraveo, J. y De la Fuente, J. R. (1987). Pre-valencia del síndrome de estrés postraumático en la población sobreviviente a un desastre natural, *Salud Pública, 29*, 406-411.
- Tarrier, N., & Humphreys, L. (2000). Subjective improvement in PTSD patients with treatment by imaginal exposure or cognitive therapy: Session by session chang-es. *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 Systematic Review* (2).
- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: 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 Research Therapy*, 40, 439-457.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Ochoa, C. (2014). "Posttraumatic Growth: Challenges from a Cross-Cultural Viewpoint". In: G. A. Fava, & C. Ruini (Eds.), *Increasing Psychological Well-Being Across Cultures*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Veronen, L., & Kilpatrick, D. (1983). "Stress management for rape victims". In: D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). New York, NY: 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.



# 7

## EVENTOS ESTRESANTES, SU RELACIÓN CON EL TEPT Y USO DE SUSTANCIAS EN PERSONAS EXPUESTAS

Mariana Linage Rivadeneyra\*

### Introducción

**L**a vida presenta diversas situaciones límite que, en algunos casos, pueden considerarse acontecimientos traumáticos, crisis o factores estresantes. Sin importar el término, las personas estamos expuestas a diferentes retos que representan una crisis vital para uno(a) como individuo, ya sea como víctima o como testigo. La clase de eventos al que se hace referencia 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.

Esta clase de eventos tienen características particulares; representan una amenaza significativa para la integridad y el bienestar físico del individuo, son incontrolables y poseen consecuencias irreversibles; de tal suerte que, el individuo experimenta una sacudida en su

---

\* Psicoterapeuta cognitivo-conductual en consulta privada y en la Clínica de Psicología de la Universidad Panamericana de la Ciudad de México.

manera de entender el mundo (Calhoun & Tedeschi, 2004). Cuando esta sacudida alcanza un nivel clínico significativo de malestar, es probable que el individuo esté sufriendo una crisis vital y, de no ser atendida a tiempo, puede causar trastorno(s) mental(es) y del comportamiento importantes.

El objetivo de este capítulo se basa en discutir el trastorno de estrés postraumático y su comorbilidad con el uso/abuso de sustancias, así como las intervenciones clínicas de corte cognitivo-conductual que se manejan, hoy día, para tratar el trauma. Esta revisión, si bien da un panorama general, de ninguna manera es exhaustiva, sino representa una revisión general como punto de partida para quien se interese por el tema.

### **Trastorno de estrés postraumático y consumo de sustancias: signos y síntomas**

Los sucesos estresantes suelen producir una variedad de respuestas perturbadoras en las personas, de intensidad más o menos grave, que en la mayor parte de los casos repercuten negativamente en su adaptación. Dicha repercusión puede llevar al desarrollo de trastornos psicológicos como de estrés postraumático (TEPT), caracterizado por la re-experimentación de síntomas, alteraciones cognitivas y emocionales, evitación e hiperactivación que presenta una persona tras un evento traumático (APA, 2014) (Cuadro 8.1).



Cuadro 8.1. Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático (TEPT), según el DSM-V

|  |   |
|--|---|
| <p><b>A.</b> Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea amenaza en una (o más) de las siguientes formas:</p>  | 1. Experiencia directa del(os) suceso(s) traumático(s)  |
|  | 2. Presencia directa del(os) suceso(s) ocurrido(s) a otros  |
|  | 3. Conocimiento de que el (los) suceso(s) traumático(s) ha(n) ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el(los) suceso(s) ha(n) de haber sido violento(s) o accidental(es)  |
|  | 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del(los) 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 |
| <p><b>B.</b> Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes, asociados al(los) suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p>        | 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del(los) suceso(s) traumático(s)   |
|  | 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el(los) suceso(s) traumático(s)  |
|  | 3. Reacciones disociativas (p.ej. 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)   |
| <p><b>C.</b> Evitación persistente de estímulos asociados al(los) suceso(s) traumático(s), comienza tras el(los) suceso(s), y se pone de manifiesto por una o dos características:</p> | 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   |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>D.</b> Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al(los) suceso(s) traumático(s), comienza o empeoran después del(los) suceso(s), como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:</p> | 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.e. “estoy mal”, “no puedo confiar en nadie” entre otras)     |
|   | 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del(los) suceso(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás                |
|   | 4. Estado emocional negativo persistente (p.e. 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 experimentar emociones positivas (p.e. felicidad, amor)   |
| <p><b>E.</b> Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), comienza o empeora después del suceso(s), se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:</p>                         | 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.e. dificultad para conciliar o continuar el sueño)   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>F.</b> La duración de la alteración (criterios B, C, D, E) es superior a un mes</p>  |  |
| <p><b>G.</b> La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas de funcionamiento (p. e., social, laboral)</p>       |  |
| <p><b>H.</b> La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de sustancias (p.e., medicamento, alcohol) o a otra afección médica</p> |  |

Modificado de APA (2014).

\* Los criterios arriba mencionados se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de seis años. Para niños menores de esta edad, 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 una formación clínica sólida; esta información es insuficiente para tal propósito, sólo se presenta con fines educativos.

La co-ocurrencia del TEPT con el uso de sustancias es de relevancia clínica; algunos estudios han encontrado que pacientes con dicha comorbilidad tienen mayor riesgo de abandonar el tratamiento para dejar de consumir sustancias (Tull *et al.*, 2013), por tanto, aumenta su participación en conductas de riesgo (Weiss *et al.*, 2012).

En cuanto al deseo o *craving*, estudios han encontrado que, posterior a la exposición del trauma, existe relación entre la severidad de los síntomas del TEPT y la intensidad del deseo, a mayor severidad de la sintomatología (Tull *et al.*, 2018). El consumo de alcohol u otras sustancias (sedantes u opiáceos) pueden ser factores de riesgo para el desarrollo del TEPT, junto con enfermedad psiquiátrica previa (p.e. depresión), ser menor de edad 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 en algunas hipótesis como:

- a) *Vulnerabilidad compartida* (Chilcoat & Breslau, 1998), que señala que la co-ocurrencia de dichos trastornos se deben a factores de riesgo compartidos.
- b) *Basada en el aumento del riesgo*, se refiere a que, por lo general, el uso de sustancias incrementa el riesgo de exposición a un evento traumático (Chilcoat & Breslau, 1998).
- c) *Automedicación*, sostiene que los individuos con síntomas de TEPT consumen drogas para aliviar el estrés emocional y poder lidiar con la sintomatología (Stewart, 1996).

En el mismo sentido, 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, hoy día, se tienen diversos tipos de tratamiento para abordar el padecimiento. En el caso particular, retomaremos aquellos de corte cognitivo-conductual por ser reconocidos como los más adecuados por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005).

### **Tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) para el TEPT y el uso/abuso de drogas**

Los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) para el TEPT han demostrado que se encuentran entre las terapias más investigadas y eficaces para un amplio rango de supervivientes, y no es de sorprender que los clínicos e investigadores dirijan su atención hacia los métodos y conceptos de la TCC para abordar problemas y necesidades

de sobrevivientes a desastres provocados por el hombre<sup>1</sup> (Abueg y Young, 2008 en Caballo, 2008) o naturales, como 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 se encuentran los enfoques farmacológicos, interpersonal y de asesoramiento general de apoyo. Probablemente, el modelo más influyente para la intervención en desastres, más allá de la intervención en crisis, sea el modelo de *debriefing* psicológico (DP), que consiste en una especie de intervención psicológica breve (en ocasiones de una sola sesión) y temprana (inmediata después del desastre). La desventaja es que hay poca investigación empírica sólida que apoye el uso de dicho modelo (Litz, 2004).

La importancia de utilizar intervenciones breves de la TCC se debe a que existe 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 OMS (2005) ha reconocido dichos tratamientos como los más eficaces.

Una amplia variedad de técnicas de la TCC se ha utilizado para tratar, en conjunto, tanto los síntomas de TEPT como del consumo de alcohol y otras sustancias. Investigaciones recientes (Tull *et al.*, 2018) sostienen que la regulación emocional es necesaria en pacientes con TEPT y consumo de sustancias, ya que es común encontrar un amplio déficit en la regulación emocional y un uso desadaptativo de estrategias como la evitación, no aceptación, disociación, poca claridad emocional, entre otras (Ehring & Quack, 2010).

Una oportunidad en cuanto a la intervención, se centra en el entrenamiento para la regulación emocional, entendida como la habilidad de utilizar las emociones y emplearlas para obtener información

---

<sup>1</sup> Como ejemplo pueden mencionarse los ataques a las Torres Gemelas y el Pentágono el 11 de septiembre de 2001, en Estados Unidos, o el *tsunami* en Asia que devastó 12 países en diciembre de 2004.

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 fueron capaces de usar algunas estrategias adaptativas, como control de la atención, permitir el discomfort, reestructuración cognitiva y distracción, estrategias que han demostrado moderan la reactividad emocional durante el trauma (Webb, Miles, & Sheeran, 2012).

De manera adicional, se recomienda hacer un diagnóstico diferencial para determinar qué sustancia de consumo primario es la que presenta el paciente, dado que, en personas con altos síntomas evitativos, por lo general, se asocia a un trastorno por consumo de alcohol; mientras que los trastornos por consumo de cocaína se asocian más con sintomatología de hiperactivación (irritabilidad, enojo, hipervigilancia) (Tull *et al.*, 2018). Por esta razón, es importante que los pacientes cuenten con un diagnóstico diferencial en el consumo de sustancias que permita predecir la sintomatología asociada al TEPT, ser canalizados a tratamientos específicos con mejor pronóstico, y 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 noradrenalina, serotonina y glutamato, así como el eje hipotálamo-hipófisis. Entre los más empleados destacan: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores de la receptora de norepinefrina serotonina, antidepresivos tricíclicos (ATC), inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y otros agentes antidepresivos (Ángeles, 2017).

## Caso clínico

**A. Ficha de identificación.** Paciente del sexo masculino, 18 años, nacido en Mérida, Yucatán; residente en la CDMX. 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”.

El paciente reportó haber experimentado los dos sismos que sacudieron la Ciudad durante el mes de septiembre (7 y 19): “estaba dormido y sentí cómo me jalaban la cama, vivo en la doctores con mis *roomies*; el edificio se movía mucho”. 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”.

**C. Criterios diagnósticos.** Con base en la exploración clínica realizada al paciente a través de una entrevista dirigida, se encontraron síntomas asociados, de acuerdo con el DSM-V, 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.
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.

**D. Tratamiento.** Se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales asociadas a la sintomatología presente en el paciente en cuatro sesiones:

*Sesión 1.* Normalización de la reacción de malestar y reestructuración cognitiva. El paciente presentaba pensamientos irracionales de perfeccionismo como “creo que estoy exagerando, esto es demasiado”. Psicoeducación enfocada a la explicación de los síntomas asociados al trauma. Entrenamiento 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. 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”. Psicoeducación sobre el concepto de trago estándar y los límites del consumo moderado o de bajo riesgo de alcohol. Se le pidió que llenara el autoregistro semanal del consumo de alcohol. Aplicación de inventario de Beck para evaluar sintomatología depresiva; se obtuvo un puntaje de 14 (sintomatología leve).

*Sesión 2.* Aplicación de las técnicas de imaginería y exposición terapéutica directa según Abueg y Young (2008 en Caballo 2008). El paciente debió elegir los dos recuerdos más perturbadores del trauma: 1) cuando empezó a temblar, su amigo lo despertó, teniendo que bajar de un sexto piso al primer piso y 2) cuando el temblor ya había pasado, caminó 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, lo calificó con 7 para el recuerdo como “muy vívido”. Análisis de las unidades subjetivas de tensión (USA), ubicando el 5 como su nivel actual de tensión. Ejercicio de relajación muscular progresiva (RMP) previó a la exposición, encontrándose que su nivel de tensión bajó del 5 al 1. 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 pidió al paciente realizar un diario de pensamientos para identificar aquellos que generaban más ansiedad y poder trabajarlos desde la reestructuración cognitiva. Revisión del autorregistro semanal del consumo, presentando solo dos ocasiones en las que el paciente ingirió dos copas en cada situación antes de dormir.

*Sesión 3.* Se preguntó al paciente si había presentado otros recuerdos asociados al temblor, quien contestó no haber presentado nuevos recuerdos asociados. Trabajo sobre el recuerdo uno que relató en la sesión dos, siguiendo el mismo procedimiento (Abueg y Young 2008, en Caballo, 2008). Revisión del diario de pensamientos, y se identificaron de tipo catastrófico como “El vaso de agua que tengo en la mesita de noche se mueve, creo que está temblando otra vez” y de sobregeneralización como “si tembló una vez, seguro volverá a temblar”; reestructuración cognitiva de dichos pensamientos. En cuanto al autorregistro 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 y mejora del sueño y la alimentación. Revisión del autorregistro del consumo de alcohol y el paciente negó haber consumido alcohol. Aplicación del Inventario de Beck (postest) para evaluar sintomatología depresiva, obteniendo un puntaje de 3 (sintomatología mínima).

**E. Conclusiones.** El paciente mostró 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, en específico, asociada a la depresión. Si bien el paciente reportó, desde el inicio, consumo de bajo de riesgo, sería recomendable dar seguimiento a la conducta de beber para asegurar que el paciente se mantiene en los límites de la moderación y evitar su progresión a estadios como el abuso de sustancias.

## Referencias

- Ángeles, L. A. (2017). Prevalencia de trastorno de estrés postraumático y sus síntomas en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Tesis de Especialidad en Psiquiatría México*: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Barcelona: Elsevier.
- 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: Siglo XXI Editores.
- 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. *Addictive Behaviors, 23*, 827-840. [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00069-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00069-0)
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy, 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 posttraumatic 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.
- Litz, B. (2004). *Early intervention for trauma and traumatic loss*. New York, NY: 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 identification, prevention and management. *Intensive Care Medicine, 40*, 820-829.

- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120, 83-112. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.83>
- 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., Wheelless, 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.
- Weiss, 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 (WHO) (2005). *Mental health of populations exposed to biological and chemical weapons*. Mental Health: Evidence y Research Department of Mental Health y Substance Abuse, Ginebra. Suiza.



## RESILIENCIA ANTE SITUACIONES DE DESASTRE

Luz de Lourdes Eguiluz Romo\*  
María Luisa Plasencia Vilchis\*\*

### Introducción

**U**na crisis se entiende como un suceso que trastorna y rompe la estabilidad en la que nos encontrábamos; este hecho invita a buscar de nuevo la homeostasis para acomodarnos a las nuevas circunstancias que los cambios naturales de la vida ofrecen. El estudio científico de las crisis es relativamente reciente, el interés surgió a partir del gran incendio ocurrido en Boston, Estados Unidos, en 1942, donde murieron 492 personas. Desde entonces, la investigación sobre su impacto en la vida de las personas y la manera en que pueden trabajarse no ha cesado.

---

\* Profesora Titular “B” Tiempo Completo, Definitivo, adscrita a la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Coordinadora del Proyecto de Investigación Salud y Familia en la UNAM. Fundadora y directora de la Clínica de Educación y Desarrollo Familiar, AC. Co-fundadora del diplomado en Psicología positiva en la FES Iztacala, UNAM.

\*\* Co-fundadora del diplomado en Psicología positiva en la FES Iztacala, UNAM. Fue instructora de la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología, UNAM. Docente en distintos posgrados de Terapia Breve y Terapia Familiar. Pertenece a la IPPA, Sociedad Internacional de Psicología Positiva y a la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF).

Dado que las crisis son situaciones que afectan a todos los seres humanos, llama la atención el retraso en su estudio, el cual es probable que tuviera que ver con la certeza que en varios casos, se resuelven solas y su duración es pasajera. Las crisis, se caracterizan entre otras cosas, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones específicas que se le presentan, así como la imposibilidad de usar las estrategias de solución que le son propias.

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). Por su parte, Karl A. Slaikeu (1996) las describe como 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 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.

El *I Ching*, también conocido como libro de las mutaciones (Wilhelm, 2010), es un texto de corte oracular que forma parte de los cinco libros sagrado de los chinos. En él se utilizan dos pictogramas para escribir la palabra “crisis” o *Wei Ji* (危机), el primero significa peligro y el segundo oportunidad, lo que invita a pensar que no solo implica algo negativo para la persona que lo vive, sino que, al mismo tiempo, puede verse como una oportunidad que la vida nos ofrece para hacer cambios y madurar con ello.

Los acontecimientos que generan crisis pueden ser de poca monta, 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 aprenda lo que le enseña una

persona adulta. Todas estas y más razones positivas puede tener la madre; sin embargo, para el niño, dejar la seguridad de su casa donde está mamá para ir a un lugar desconocido y competir con otros para captar la atención de la educadora, puede generarle 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, lo cual no siempre es agradable para un niño, más cuando no entiende el porqué lo “abandonaron”. El cambio de casa o de escuela, también puede generar una crisis para los chicos, ya que implica perder la estabilidad, sus referentes, sus conocidos y tener que empezar de nuevo.

A lo largo de la vida, todas las personas, sin importar su edad, condición social o cualquier otra variable, atraviesan por distintas crisis. El ejemplo anterior no es tan grave, si los comparamos con la pérdida o muerte de un ser querido, una enfermedad crónico-degenerativa, invalidante o terminal, que repercuten en todo el sistema familiar. Estas crisis no solo pueden paralizar a la persona, sino que afectan las distintas esferas de la vida personal y familiar, tales como el comportamiento de los hijos en la escuela, el campo laboral del adulto o la vida social familiar, llegando incluso a tener que cambiar sus costumbres, rutinas o actividades que realizaban anteriormente.

Otra crisis frecuente en la familia está relacionada con la vida de pareja. Por ejemplo, si en la relación de los padres ocurre una infidelidad, 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. Por lo regular, 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.

## Dolor individual y dolor social

A lo largo de la historia, la humanidad ha convivido con el dolor y, en general, ha soportado el sufrimiento; la comprensión del origen del dolor y la búsqueda de distintas formas para atenuarlo ha sido también una constante, basta recordar la hechicería, brujería, herbolaria, homeopatía, alopatía, psiquiatría, psicología, entre otras.

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

El tercer tipo de dolor es más complicado de aliviar debido a que no corresponde a una daño biológico relacionado con el cuerpo físico, sino con la manera 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 & Shaw, 2011). En virtud de que se trata de un daño emocional, la respuesta al dolor es 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 ello, se afirma que la crisis tiene esas dos maneras de entenderse: como peligro y, al mismo tiempo, como oportunidad.



La familia es uno de los principales contextos donde se aprende sobre el dolor individual, el dolor familiar y las crisis; ahí también se adquieren las primeras herramientas para la gestión emocional. La familia es entendida desde el modelo sistémico como 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 Minuchin, Nichols y Wai-Yung (2012), precursores del modelo sistémico, el concepto de totalidad señala que el todo (familia) siempre es algo distinto y mayor que la suma de sus partes (marido, esposa, hijos); lo que 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 la familia, la esposa y los hijos mayores tendrán que buscar trabajo para salir adelante; si uno de los hijos reprueba año o consume drogas, si la joven adolescente queda embarazada, si la abuela sufre un infarto; todas estas son crisis dolorosas que la familia tendrá que sortear para salir adelante.

Como se ha señalado, tanto el dolor como las crisis pueden vivirse no solo como algo personal, sino también como acontecimientos sociales. Por ejemplo, en México han ocurrido tres sismos importantes; el primero, ocurrido el 28 de julio de 1957, caracterizado por la caída del Ángel de la Independencia; el segundo el 19 y 20 de septiembre de 1985 y, por último, el 19 de septiembre del 2017. Estos tres eventos cimbraron y causaron daños graves a una parte de la población. En 1957 se reportaron 67 muertos, mientras que en 1985 al alrededor de 40 mil víctimas (cifra no oficial). La diferencia en la magnitud de los sismos (7.7° el primero y 8.1 el segundo) en apariencia pequeña, fue distinta en la cantidad de daños causados a la población. Estos terremotos dejaron 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 aquellos que de una u otra manera vivenciaron la tragedia nacional.

## **Etapas de las crisis**

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) entre otras, y dependen en gran medida de circunstancias ambientales o externas. Las segundas son más predecibles y tienen que ver con factores de desarrollo del ciclo vital personal o familiar: ingreso a la escuela, embarazo, crisis de la adolescencia, muerte de un familiar, separación de los padres, entre otras.

A través del tiempo, se ha llegado al acuerdo de que los procesos de crisis siguen 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 negándolo o tratando de aparentar que todo sigue igual.
3. *Intrusión*: inquietud y abundancia de ideas, sueños y pesadillas sobre lo ocurrido.
4. *Elaboración*: se trabaja y, en algunos casos, se transcurre solo con ayuda.
5. *Terminación o consumación*: integración de la experiencia o la crisis dentro de la vida de la persona.

Darquea, Jaramillo, Luna y Malacatos (2011) 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 semejantes a los señalados.

## Resiliencia

La psicología es una disciplina relativamente joven, por lo que re-toma términos de la física para explicar algunas ideas relativas al comportamiento humano, por ejemplo, energía, presión, depresión, estímulo. 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 (Carter & McGoldrick, 1989). La psicología utilizó la misma palabra para explicar el comportamiento de ciertas personas que después de vivir una fuerte crisis, pueden repone-rse del impacto y seguir funcionando e incluso, crecer después de la crisis (González, 2010).

Valeria Schwalb (2013) comenta que “la resiliencia es la capa-cidad con la que todos contamos, una herramienta muy poderosa que puede conducirnos a cambiar el modo de vivir nuestra reali-dad, y de entender los procesos de la vida” (p. 50). Para aumentar la comprensión en el significado de este concepto recurrimos a Edith Grotberg (2006), quien señala que la resiliencia “es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superar-las y ser transformado positivamente por ellas” (p. 63). Por su parte, Saavedra, Salas, Cornejo y Morales (2015) señalan la importancia de enseñar a las educadoras y maestros cómo construir resiliencia en los niños desde preescolar hasta los jóvenes en la universidad.

### Herencia o aprendizaje de la resiliencia

El psiquiatra y psicoanalista mexicano Santiago Ramírez, graduado como médico en 1945, escribió casi 30 años después el libro *Infancia es Destino* (1974), cuya propuesta determinista sugiere que los proble-mas y las crisis vividas durante la niñez, marcarán de manera inde-leble 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 el arribo de 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 “infancia es destino”.

Los experimentos realizados con perros por Martin Seligman, destacado conductista en esa época, demostraron bajo condiciones de control exhaustivo de las variables involucradas, 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 y se quedaban 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 hubieran aceptado el castigo (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). De ahí, Seligman derivó su teoría del *Desamparo o Desesperanza Aprendida*. Varios años después el mismo autor, reflexionó sobre el comportamiento de esos animales que no se sometieron a su destino (descargas eléctricas aleatorias) y escaparon. Relaciona ese comportamiento con las investigaciones sobre resiliencia y 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, la realidad puede mirarse de una forma.

La resiliencia, entendida como capacidad de resistir las crisis que nos plantea la vida y salir fortalecidos, 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, tiene modalidades de afrontamiento particulares, porque en sus respuestas confluyen múltiples factores, individuales, familiares, ambientales, sociales y hasta

genéticos (Schwalb, 2013). Además, se deben considerar las circunstancias y momentos en que ocurre una crisis, lo que también influye en la manera de afrontarla.

Boris Cyrulnik (2003), investigador francés, se interesó por el fenómeno de la resiliencia probablemente porque se empeñó en comprender sus propias ganas de vivir, se enfocó sobre su historia y de esa manera explicó cómo siendo un niño con solo seis años, escapó de un campo de concentración nazi, donde el resto de su familia murió y después de grandes esfuerzos estudió medicina, psiquiatría y psicoanálisis, además de escribir varios exitosos libros con la idea de “una infancia infeliz no determina la vida” como pronostica la teoría psicoanalítica.

A partir de ahí, se ha demostrado que los seres humanos tenemos la capacidad de salir adelante. Ahora sabemos que la resiliencia no es un rasgo o una cualidad heredada, pero sí se puede aprender desde temprana edad. ¿Qué elementos se requieren para construir resiliencia en los niños?, es la pregunta que Cyrulnik ha buscado develar a través de sus escritos (2003, 2005). Por principio, 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. Cyrulnik señala que 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” (2003, p. 165).

En otras palabras, la resiliencia está formada por la construcción que se hace de la realidad, su explicación, la búsqueda de sentido, la conducta que se deriva y la toma de conciencia.

Por su parte, Vanistendael y Lecomte (2002) observaron y estudiaron a niños que se enfrentan a peligros, riesgos y propios temores; concluyeron que hay dos elementos fundamentales en la constitución de la resiliencia, los vínculos y el sentido. Es decir, observaron que los chicos con resiliencia pudieron establecer una relación fuerte con uno o varios adultos que les han permitido desarrollar confianza, simpatía y comprensión mutua. Estas personas pueden ser los padres o uno de ellos, un miembro de la familia extensa, un amigo de mayor edad, un maestro, entre otros.

### Bienestar psicológico y autocuidado

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

Jahoda (1958) fue la primera en señalar que era posible considerar determinados síntomas que indicaban la presencia de salud mental. En la época que publicó esta clasificación 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 la salud, que llevaron a la inclusión de temas como calidad de vida. El impacto de este nuevo enfoque fue tal, que se incluyó en las agendas políticas. Desde la misma Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) surgió una definición de salud mental y presentó algunos de los modelos que han contribuido a entender la salud mental positiva, entre ellos, se encuentra 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 (1989) tomó como base el trabajo de Jahoda y sus propias investigaciones y desarrolló un modelo de bienestar psicológico en conjunto con un instrumento de evaluación, traducido y validado en diversas poblaciones, entre ellas, la mexicana. La propuesta de Ryff sobre el bienestar psicológico se basa también en las ideas de Aristóteles (1985), principalmente en que el objetivo de la vida es la *eudaimonia*<sup>1</sup>. Esta felicidad se deriva de la virtud, pero la virtud no es algo que solo se piense, debe llevarse a la práctica, en los actos se halla la vida virtuosa que puede aprenderse y desarrollarse a partir de la voluntad. Por ende, la *eudaimonia* implica una especie de auto-observación que permite monitorear los pensamientos y los actos, es decir, reflexionar.

Ryff (1989) presentó un modelo de bienestar psicológico, en sustitución del término *eudaimonia*, compuesto por seis dimensiones:

1. **Aceptación.** Entendida como sentirse bien y tener actitudes positivas consigo mismo. En este sentido, se reconocen los mejores aspectos personales y se hace conciencia de las propias limitaciones. Es sentirse cómodo y a gusto siendo tal y como se es.
2. **Relaciones positivas.** 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.** 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.** Capacidad de generar entornos favorables para satisfacer las necesidades propias. Quienes tienen

---

<sup>1</sup> 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.

dominio del entorno poseen mayor sensación de control sobre el mundo y se consideran capaces de influir sobre el contexto que los rodea.

5. **Propósito en la vida.** Habilidad de la persona para plantearse metas, definir objetivos que le permitan dotar a su vida de sentido. Este genera mayor bienestar si beneficia a otros.
6. **Crecimiento personal.** Empeño que pone la persona en desarrollar sus potencialidades para continuar con el crecimiento personal, cambiar y mejorar para utilizar al máximo las capacidades.

En general, los elementos *eudaimónicos* 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 el propósito de vida de una persona o aquellas cosas que dan sentido a su vida, permite explorar sus fortalezas y quizá también cómo se relacionan con su comunidad. En este sentido, dado que la persona es quien elige libremente acudir al servicio psicológico que se ofrece ante un desastre, se recomienda sacar el máximo provecho al tiempo que se tiene. De igual manera, es importante recordar que todo el proceso inicia desde el primer encuentro.

La pregunta relevante para hacer en el primer encuentro 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, entre otras. Dado las características del evento, es importante centrarse en las necesidades más inmediatas y críticas que le atañen al consultante.



Otra pregunta elemental 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. Miller (2006) sostiene que otro punto importante de esta pregunta es qué 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 la 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.

### 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 o mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrar recursos y necesidades, 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. 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 (Grotberg, 2006); e implica el uso de toda clase de recursos, internos y externos, de la persona (físicos, sociales, psicológicos) (Vanistendael y Saavedra, 2015). 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; también

se desarrolla en la interacción con los otros y se debe considerar el contexto donde estas se llevan a cabo.

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

1. Creencia desarrollada en la familia que se puede salir adelante de las experiencias difíciles o traumáticas.
2. Posibilidad de tener cierto control ante la situación, lo cual abre la posibilidad de experimentar esperanza, fundamental para enfrentar la adversidad.
3. Que la familia pueda continuar cumpliendo con sus funciones básicas, como manutención y el cuidado de sus integrantes.
4. Recuperar alguna seguridad, 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. Se relaciona con el cuidado de cada uno de los miembros del sistema familiar.
6. Dimensión espiritual que experimenta la familia. Se ha demostrado que ayuda la creencia y la espiritualidad.
7. Capacidad del grupo para construir una historia aceptable de lo sucedido que les permita volver a construir y experimentar que la vida tiene sentido.

Por su parte, Stepan Vanistendael (2011) 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, así como el sentido del humor. En la buhardilla hay una habitación abierta para las nuevas experiencias por descubrir. (entrevista en línea)

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 de permitir que las personas y las comunidades utilicen los recursos con los que cuenta. Un tema importante al trabajar en situaciones de desastre, es hacer preguntas relacionadas con el significado que la persona asigna al tema que la preocupa y la hace solicitar la atención psicológica; seguir a la persona en lo importante para ella en ese momento, escuchar lo que necesita y proporcionar únicamente la ayuda que en ese instante solicita, así como orientarse hacia sus fortalezas y resiliencias naturales con las que cuenta (Miller, 2006). Lo anterior es clave para una atención que brinde beneficios a quien consulta, los cuales deben ser entendidos en función de sus propias necesidades y preocupaciones, entre los que se encuentra el dar pasos para mejorar la ansiedad que pueda estarse experimentando.

Hacer uso de las emociones positivas abre también el camino a la resiliencia. Fredrickson (2009) encuentra en estas el corazón de la resiliencia; sus investigaciones han demostrado que tienen efectos benéficos y duraderos, en la medida que prepara para momentos difíciles en el futuro, incluso, pueden contribuir para solucionar cuestiones relacionadas con el desarrollo y crecimiento personal, y aquellas que tienen que ver con los vínculos sociales. Esta autora centra su estudio en 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 primera es una emoción que surge ante las dificultades y promueve una mayor recuperación ante situaciones estresantes.

Investigaciones como la de Seligman (2008) muestran que las personas que se consideran felices, asimilan y recuerdan mejor la información sobre riesgos a la salud, lo cual es de utilidad al diseñar intervenciones o campañas de prevención, entre lo que podría incluirse la tarea de hacer más felices a las personas. Por su parte, los resultados de las investigaciones de Fredrickson (1998, 2004) sugieren que las emociones positivas pueden funcionar como una barrera contra los efectos de las emociones negativas; es decir, experimentar emociones positivas deshace los efectos negativos que provocan las emociones negativas, aun 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, la pena y la tristeza. Estudios recientes muestran que el orgullo y la alegría suelen estar asociados también con una mejor construcción de soluciones (Plasencia, 2016).

### Entrevista: una oportunidad para promover la resiliencia

La entrevista psicológica suele ser entendida como un diálogo entre dos o más personas, por lo general, entre un psicólogo y una persona que necesita apoyo. Un objetivo primordial es que quien entrevista pueda escuchar las necesidades, quejas y expectativas de quien pide la consulta. En este sentido, la relación que se establece entre quien entrevista y la persona en crisis es fundamental, pues de ella depende que esta última pueda compartir sus aspectos más vulnerables con el objetivo de calmar el estado emocional en el que se encuentra. Para ello, quien entrevista debe tener desarrolladas habilidades que permitan aflorar compasión, empatía, humildad y 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 y Eguiluz, 2011).

Las premisas básicas siguientes pueden ser útiles en este proceso:

1. Relacionarse con alguien es una oportunidad de activar los recursos resilientes. Si se considera que cada relación tiene, en sí misma, el potencial para experimentar emociones positivas para validar la experiencia de cada uno y para hacer una diferencia.
2. La empatía y la forma de relacionarse son factores que influyen en la efectividad de la intervención que se utilice.
3. Las personas cuentan con fuerzas y recursos; esto nos recuerda que las personas tienen algo en su pasado y en su presente que merece ser evocado mediante la conversación que puede ser útil para la solución, trátase de habilidades, logros, sueños, experiencias, cualidades, amigos, familiares y recursos de la comunidad.

En esta línea, algunas herramientas útiles son:

- a) *Actuar desde la flexibilidad*: ser abiertos a diversas formas de ver y estar en la vida, de esta manera es más sencillo reconocer que la forma de vida de quien está en crisis es tan válida y respetable como cualquier otra.
- b) *Estar en el aquí y el ahora*: preguntar sobre las necesidades actuales de la persona, ir despacio, sin prisa.

En contraste, es preferible evitar:

- a) *Emitir juicios descalificadores*. Cuando se emite un juicio definitivo, se cierra la posibilidad de plantear preguntas como: ¿qué estará sintiendo la persona?, ¿qué necesita?, ¿cuáles son sus necesidades?, sobre todo, se deja de validar la experiencia de la persona. En lugar de ello, podría preguntarse si esta idea o juicio ayuda a la persona a solucionar la crisis, si se está siendo

empática con ella o si solo es una idea que es congruente con el pensamiento de quien entrevista.

b) *Burlarse y agredir*. Una actitud de risa o burla sobre la experiencia del otro puede generar molestia y provocar el alejamiento de la persona al sentirse descalificada. Cualquier actitud agresiva debe evitarse en todo momento. Es mejor actuar conservando la calma; quien está en crisis necesita buena contención y ayuda para tranquilizarse.

Ejemplos de preguntas que pueden promover la resiliencia:

- ¿Cómo supiste que eras capaz de...?
- ¿Cómo te explicas que hayas logrado esto?
- ¿Cómo esta sensación de logro te ayuda en este proceso?
- ¿Qué consideras que hiciste para lograr hacer esto?
- ¿Qué intenciones tenías cuándo...?
- ¿Cómo supiste que estas 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?

### Supervisión para quienes prestan la ayuda

En situaciones de urgencia, estar disponible para quien necesita ayuda implica que quien brinda la atención se presente con una actitud de servicio, lo cual no significa que la persona que ayuda sea inmune a la situación o que no tenga un cierto impacto sobre ella; estar en zonas de desastre, atender emergencias después de un sismo y, en general, convivir con el dolor, el sufrimiento y desesperación de otro 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 permanecer en calma, brindar apoyo y contención, sostener y acompañar a quien está 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 brindar ayuda de calidad.

Por lo anterior, se vuelve trascendente que quien brinda la ayuda, cuente con un lugar que lo contenga y acoja, no solo nos referimos a un espacio físico, sino al apoyo que puede proporcionar buena supervisión durante el proceso. Además de dotar de herramientas y asesoría que en ese momento se requiera para apoyar a quien está en crisis, debe ser una zona segura para el desahogo y apoyo cognitivo y emocional.

Asimismo, se vuelve de suma importancia que se monitoree a quienes brindan cualquier ayuda, ya que la experiencia muestra que suelen ocuparse a tal grado del bienestar de los demás, que pueden llegar a poner en riesgo su propia salud psicológica. Se requiere 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(la) terapeuta que presta la ayuda puede llegar a convertirse en un problema y no en parte de la solución. Otra recomendación que, por lo general, se olvida, es conocer la cadena de mando y principales lugares dónde recurrir para resolver problemas que las personas afectadas puedan presentar.

Miller (2006) recomienda ser flexibles con la organización y con los compañeros de trabajo. En diversas ocasiones, el(la) terapeuta debe dar apoyo emocional también a los trabajadores o quienes realizan labores de apoyo, ya que es fácil que se presente la frustración o la desesperanza en el grupo de ayuda.

Por último, es necesario que, al brindar apoyo psicológico, se destaque la relación con el servicio de apoyo y no tanto con un(a) psicólogo(a) en particular, dado que quienes brindan el servicio solo

estarán un corto tiempo, pero el servicio estará disponible el tiempo que sea necesario. De esta manera, quien necesita apoyo podrá acercarse al servicio con independencia de quien lo brinda, con la certeza de que recibirá apoyo de calidad y útil ante la situación que vive.

### Estrategias y tareas para promover la resiliencia

O'Hanlon (2005) plantea una serie de ideas, a las llama estrategias, que ayudan a las personas que viven una crisis a salir e incluso, obtener algunos beneficios:

1. *Evitar la comparación social.* 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 a este, de manera que lo que para una es adecuado, para otra, con la misma cantidad de estresores, puede quedar bloqueada o paralizada (Santandreu, 2014). Podemos centrarnos en el problema cuando se puede resolver; también, concentrarnos en la emoción cuando consideremos que el acontecimiento negativo hay que soportarlo y vivirlo.
3. *Revisión de la vida centrada en sucesos positivos (ReViSEP).* Latorre *et al.* (2008) han desarrollado esta estrategia con adultos mayores que se puede aplicar en otros momentos de la vida. En la psicología clínica se guía a la persona, a través de preguntas, para 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, mejora el estado de ánimo y permite la creación de recursos



positivos (Fredrickson, 1998). Algunos ejemplos: 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 fue de gran alegría y diversión para ti.

4. *Imaginar un futuro diferente.* Pedir a la persona que imagine diversos escenarios posibles, o bien, su futuro ideal, y que lo describa de manera detallada, quizá con colores, olores y sensaciones, ayudará a concentrarse en una posible solución. Eguiluz (2012) recomienda pedir a la persona que, por espacio de 15 minutos, todos los días, piense en la posibilidad de que el problema que ahora le aqueja haya desaparecido, y se responda con claridad y precisión las preguntas: ¿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 bien, entre tres y cinco pequeños actos de amabilidad. Como bien señala la autora, es posible que ya se estén realizando actos de amabilidad, por ello es necesario hacer algo diferente y nuevo, para que salga de la rutina. Otro dato importante que surge de sus investigaciones es que, si una persona varía sus actos de amabilidad permite que sigan brindándole los beneficios que se derivan de ello, como felicidad, autoestima y agradecimiento.
6. *Diario de gratitud.* Seligman (2006) promotor 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; debe hacerse por la noche. Se dará cuenta de que su nivel de felicidad o bienestar mejora, el autor sugiere que se realice 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, ya que 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 en el ejercicio de *Family Partnership Organization* (2008), recomienda usar una pelota, lo más grande posible, para escribir con un plumón. Se escriben varias preguntas, aquellas que considere favorecen la resiliencia; se recomienda un mínimo de diez preguntas. Se forma un círculo con todos los interesados en participar; puede ser algo tan simple como pasar la pelota a cada persona del círculo, quien 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 podrían ser las siguientes:

- ¿Qué es lo que más te gusta 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 estás muy agradecido y por qué?
- ¿Qué es lo que más te gusta 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 presentan ideación suicida. Durante tres días de la semana, de preferencia no seguidos, la persona va a escribir por espacio de 10 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 contactó, 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).

Positividad, amabilidad, gratitud, son prácticas que ayudan no solo a construir esta realidad humana llamada resiliencia, sino que también en las situaciones de desastre permiten ir al encuentro de esa realidad para “dejarse inspirar por la resiliencia” y darse cuenta que “es más importante apreciar y sentir cómo esta realidad humana se enraíza en la vida” (Vanistendael, 2005, p. 2), y en este enraizarse, poder relacionarse con el otro desde la vida para aprender y construirse la propia vida.

## Referencias

- Abramson, L., Seligman, M., & Teasdale, D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Aristóteles (1985). *Ética nicomáquea, Ética eudemia*. Madrid: Gredos.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1989). *The changing family life cycle. A framework for family therapy*. New York, NY: Allyn Bacon.
- 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. <http://www.slideshare.net/majitoluna12/intervencion-en-crisis-10043476>
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar*. Madrid: Gedisa.
- Eguiluz, L. L. y Ortiz, A. (2015). “El concepto de muerte en los niños”. En: V. G. Ortiz y E. Stange (Comps.), *Psicología de la salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida* (pp. 82-107). México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (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., 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.
- 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.
- Family Partnership Organization (2008). *Compartiendo fortalezas familiares*. Minneapolis, MN: 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*. Bogotá: 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.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (2005). Ethical Standards in Pain Management and Research. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1213>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of Positive Mental Health*. New York, NY: Basic Books. [www.archive.org/details/currentconcepts00jaho](http://www.archive.org/details/currentconcepts00jaho)
- 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* (Vol. 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*. Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther*, 91(5), 700-11. doi: 10.2522/ptj.20100330.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Urano.

- Miller, J. K. (2006). First on the scene after disaster strikes: What to expect as a mental health worker. *Family Therapy Magazine*, 5, 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. (2005). *Crecer a partir de las crisis*. México: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia*. París: OMS
- Plasencia, M. L. y Eguiluz, L. L. (2011). *Atención psicológica para casos de emergencia: experiencias y herramientas*. México: Asociación Mexicana de Suicidología.
- Plasencia, M. L. (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*. Talca, Chile: Universidad Católica de Maule.
- Sanjuán, P. y Magallanes, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 91-98.
- Santandreu, R. (2014). *Las gafas de la felicidad. Descubre tu fortaleza emocional*. Bogotá: Grijalbo.
- Schwalb, V. (2013). *Todos somos resilientes. Niños y adultos pueden superar hasta el dolor más profundo*. Buenos Aires: Paidós.
- Seligman, M. (2006). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An international Review*, 57, 3-18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.003351.x
- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis*. México: El Manual Moderno.
- Slive, A., & Bobele, M. (2011). *When one hour is all you have*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker y Theisen, Inc.
- Vanistendael, S. (2005). "La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos". Documento presentado en el 2º Congreso Internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid.
- 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](http://www.ub.edu/web/ub/es/menu_eines/noticies/2011/Entrevistes/stefan_vanistendael.html)

- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa
- 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*. Talca, Chile: Universidad Católica del Maule.
- Wilhelm, R. (2010). *I Ching: El libro de las mutaciones*. Bogotá: Editorial Solar.

## CUIDADO DEL CUIDADOR: UN MODELO DE TERAPIA GRUPAL PARA PREVENIR FATIGA POR COMPASIÓN

Miguel Marín Tejeda\*

*Ella le contaba aquellas historias suyas... aquellas siempre tristes y desconsoladas historias; pero estas iban a aposentarse en el corazón de él a manera de una dulce carga y lo hacían latir más lenta y voluptuosamente.*

Thomas Mann (1899)

### Introducción

La psicoterapia para estrés postraumático tiene una larga tradición en la historia de la psicología. En la etapa posterior a la Primera Guerra Mundial ya 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 (Bogacz, 1989). Desde entonces, los esfuerzos por parte de múltiples teóricos, clínicos e investigadores se han canalizado hacia la consolidación de mejores prácticas, para las cuales se cuenta, en la actualidad, con evidencia empírica de eficiencia.

Entre los logros de estos esfuerzos se puede mencionar la formalización de los criterios diagnósticos del estrés postraumático, que aparecieron, por primera vez, en 1980 con la tercera edición del DSM

---

\* Investigador posdoctorante en la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA). Terapeuta en Quinta Bonita, Clínica Psiquiátrica.

(APA, 1980). Hoy día, la formulación original se ha mantenido prácticamente idéntica (APA, 2013), aunada a la confirmación del constructo como una entidad teórica de gran relevancia y utilidad clínica (Van der Kolk, Roth, & Pelcovitz, 2005).

En contraste, existe un desfase en cuanto al conocimiento relacionado 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 (1976) fue de las primeras autoras en proponer el concepto de *burnout* para referirse al síndrome de desgaste laboral, el cual es resultado, principalmente, de la sobrecarga de trabajo que enfrentan los profesionales, cuya actividad involucra el contacto continuo con personas (Leiter & Malach, 2005). Las formulaciones más recientes, tales como el constructo *fatiga por compasión* (Stamm, 2010), 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 (Álvarez-Icaza y Medina-Mora, 2018).

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 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 o crónicas de vulnerabilidad, por tanto, se incluye a trabajadores de la salud (enfermeras, médicos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, psicoterapeutas, entre otros), trabajadores sociales, profesores, abogados, policías, bomberos, personal de casas de asistencia (centros de rehabilitación, orfanatorios, de retiro), comunicadores, entre otros. Este grupo de personas puede responder a circunstancias de crisis individuales, comunitarias, nacionales o 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 (Stamm, 2010). Dentro de este perfil también se incluye a paraprofesionales, quienes pueden no contar con educación universitaria ni gozar de remuneración económica por su actividad asistencial (voluntarios, cocineros, personal de confianza, entre otros).

Este perfil de actividad suele llevar aparejada una carga significativa de estrés, debido a que, por lo regular, el cuidador debe enfrentar exigencias que sobrepasan a la cantidad de recursos de que dispone (de orden técnico, económico, de tiempo, capacitación, entre otros), aunado al hecho que las crisis a las que responde involucran conflictos de orden moral, ético, humanitario e incluso, filosófico; asimismo, incluyen exposición al sufrimiento y trauma de las personas que reciben su asistencia y, en última instancia, pueden exponer su propia integridad física-emocional en actividades que representan riesgos reales; por tanto, su estado de salud y bienestar general puede verse seriamente comprometido como resultado directo del trabajo que realiza.

Bajo este panorama se ciñe el término *calidad de vida profesional* (CVP), un constructo que describe la cualidad de las emociones que guarda la persona con relación a su actividad como cuidador (Stamm, 2010). 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, e incluye el cúmulo de emociones constructivas derivadas directamente del trabajo asistencial; por 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. Asimismo, contempla la habilidad para hacer frente a circunstancias laborales demandantes, hecho que puede explicarse en términos de resiliencia, es decir, atributos como optimismo, voluntad, determinación y flexibilidad para adaptarse a los cambios (Shenese & Langhinrichsen-Rohling, 2014). En el marco del modelo formulado por Stamm (2010), 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) y *estrés postraumático* (EPT) (Barr, 2017).

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. En un sentido teórico y experimental, se asume que el componente clave es el agotamiento emocional (Suñer-Soler *et al.*, 2014), del cual devienen otros dos grupos sintomáticos: cinismo e ineficacia. El tipo e intensidad del padecimiento resultante estará en función de las características individuales y del contexto laboral; además, se verá influenciado por el estilo de vida del trabajador (Bährer-Kohler, 2013) y por la calidad de sus relaciones interpersonales. El cuadro sintomático puede incluir cansancio crónico, irritabilidad, ansiedad, hipertensión, insomnio, experiencia de sentirse rebasado, desesperanza, entre otros, de donde surge una respuesta defensiva que toma forma de actitudes

negativas e indolentes hacia los beneficiarios del servicio y los compañeros de trabajo. Como último efecto, el trabajador comienza por valorar de manera negativa su desempeño y dudar con seriedad de su vocación y capacidad (Marín-Tejeda, 2017).

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 (Marín-Tejeda, 2016). En este modelo, se denomina EPT cuando la exposición al episodio es directa, por ejemplo, cuando el trabajador es víctima de un agresor o desastre natural; por su parte, el término TV hace referencia a exposición indirecta, es decir, cuando se asiste a víctimas de trauma, quienes han experimentado directamente los episodios (Bride, Radey, & Figley, 2007). 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 manera 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 manera 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, entre otras.

Se considera que un cuidador presenta mayor vulnerabilidad cuando no ha elaborado terapéuticamente sus experiencias traumáticas actuales o de su pasado.

La FC se concibe como un síndrome de desgaste que padecen los profesionales que laboran como cuidadores (Mathieu, 2012),

a diferencia del *burnout* cuya descripción sintomática es apropiada incluso para actividades que no involucran contacto con personas (Bährer-Kohler, 2013). A partir de los trabajos de Pearlman y McJan (1995), Figley (1996) y Stamm (1997) se ha logrado mayor conciencia sobre 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.

La figura 9.1 representa gráficamente la *calidad de vida profesional* como un continuo con dos extremos opuestos: *satisfacción en la compasión* y *fatiga por compasión*, esta última se concibe como una entidad compuesta por síntomas de *Burnout*, *estrés postraumático* y *trauma vicario*, es decir, no se trata de un constructo unitario.



Figura 9.1. Modelo teórico de la calidad de vida profesional.

## 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, AC y el Fideicomiso Santander, Todos con Los Niños de México, AC, el cual surgió 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, en su mayoría, niños y adolescentes víctimas de violencia, maltrato y negligencia. Estos menores, por lo regular, residen de forma permanente en las instalaciones de estas instituciones, donde les brindan servicios básicos de alimentación, cobijo y atención médica, psicológica, pedagógica, legal, entre otras.

En términos generales, a partir de este proyecto se creó un modelo de intervención grupal con enfoque preventivo, guiado por un conjunto de premisas, denominadas principios de autocuidado. Las características del modelo se describen a continuación.

### Objetivos y procedimiento

El modelo opera a partir de dos ejes de acción principales: el primero psicoterapéutico, con fundamentos de la terapia grupal interpersonal (Yalom & Leszcz, 2008) y componentes cognitivo conductuales, a cargo por completo de un terapeuta entrenado; el segundo, de corte 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 (Marín-Tejeda, 2017, 2016).

La implementación correcta de ambos ejes resulta fundamental para la consecución de los objetivos planteados, entre los que destaca: la creación de una comunidad significativa bajo un contexto de seguridad y aceptación absolutas, 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 facilita tanto el procesamiento de experiencias emocionales como la adquisición de habilidades.

### Principios de autocuidado

Inspirados en la *Guía de Autocuidado para el Profesional de la Academia de Traumatología de la Cruz Verde Internacional* (Green Cross Academy of Traumatology, 2018), estos principios conforman la base conceptual que guía las intervenciones dirigidas a establecer un estado de mayor protección, es decir, favorecer la SC. Asimismo, 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 y 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 dos rubros: premisas acerca de FC y las relacionadas con el autocuidado. A continuación, se describen con mayor detalle.

*Rubro 1. Principios acerca de la fatiga por compasión*

**A. Todo cuidador se encuentra en riesgo de padecer fatiga por compasión, en especial cuando el beneficiario de sus servicios se encuentra en condiciones de vulnerabilidad.** Es imposible sumergirse en el agua sin mojarse; siguiendo esta analogía, no se puede trabajar de manera cercana y empática con miras al alivio del sufrimiento de las personas y salir inmune del proceso (Mathieu, 2012). Por ejemplo, gracias a sus habilidades y recursos, un profesional puede percibirse 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 o crisis futura.

Este argumento evidencia un hecho de sentido común en la práctica del cuidado a terceros conocido por quienes tienen una larga trayectoria en actividades asistenciales, en especial, por 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 tanto la tendencia hacia el desgaste como el grado de consciencia de riesgo.

**B. 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 (2003) explica que esta inclinación se debe a que los efectos negativos son progresivos, el malestar se normaliza y no se asocia con condiciones ambientales específicas; además, esta concepción suele ser reforzada explícitamente por la directiva institucional. Por tanto, con este principio se intenta dejar en claro que la FC es siempre resultado de la interacción dinámica de un conjunto de variables que incluyen las de naturaleza personal, pero también las relacionadas con el contexto de trabajo.

Entre las características personales que suelen generar mayor riesgo se encuentra la juventud, menor experiencia y capacitación, ser soltero, así como algunas variables de personalidad, como el neuroticismo y la tendencia al aislamiento (Marín-Tejeda, 2016). Si bien aun cuando se posean varias de estas características, es obvio que no explican el total de las reacciones de desgaste. 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.

**C. Todo profesional experimenta variaciones personales en cuanto al grado de desgaste que padece, aunque una fluctuación suele mantenerse estable por periodos cortos.** De acuerdo con el constructo teórico de la CVP, la FC y la SC representan extremos de un continuo, a partir del cual, se 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 o a partir de una intervención externa.



**D. Los cambios negativos producto del desgaste suelen ser lentos, insidiosos, acumulativos y, por lo regular, 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, entre otras; 2) a pesar 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, por lo regular, ocurre en menor escala, de forma progresiva y acumulativa, en esencia, en el mundo subjetivo del trabajador afectado.

Incluso, cuando cotidianamente ocurren situaciones laborales críticas (por ejemplo, faltas de respeto, acoso), aunadas a afectaciones personales evidentes (por ejemplo, insomnio, ansiedad), 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.

**E. 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 que cada persona enfrenta las situaciones conflictivas de manera única y con base en su idiosincrasia personal, experiencia y habilidades, lo cual 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 que rebasan a las posibilidades de enfrentamiento adecuado.

Leiter y Maslach (2005) especifican 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*

**A. La FC es un proceso que puede prevenirse.** Un prerrequisito 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 manera que el terapeuta a cargo de dirigir un grupo de contención se encuentra por completo 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.

**B. Mantenerse protegido es una responsabilidad personal.** En primera instancia, esta premisa puede parecer contradictoria con relación al principio anterior, en el que 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.

### **C. 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, entre otras. Cuando la actividad profesional invade al área personal, disminuyen los recursos de tiempo y energía disponibles para la recuperación, 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) 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.

**D. 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, una posible pérdida, una amenaza que estimula la resistencia, o bien, 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 de forma reiterada 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 tareas o actividades siguientes:

- Familiarizarse con los síntomas de desgaste en general y con los síntomas personales en particular
- Mantenerse vinculado con personas significativas, es decir, evitar el aislamiento
- Iniciar y mantener un proceso de auto-observación 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
- Invertir 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 documento que sirve de base para el entrenamiento de los clínicos que desean aprender y replicar el modelo. Se trata de un texto especializado que describe 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 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 seis miembros y un máximo de 10, puesto que se considera que una cantidad diferente dificulta seriamente el desarrollo de los factores curativos; por tanto, los egresos en etapas tempranas del proceso pueden y deben sustituirse con nuevos participantes.

Si bien el proceso se estructura para un grupo cerrado, 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 cada una, que se celebran a la semana o cada 15 días; 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.

Quien conduce la terapia en 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 de manera directiva y estructurada, 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(la) terapeuta es la creación de una cultura de grupo, labor 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, 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 la cultura de grupo, se debe establecer una modalidad específica de comunicación, abierta, directa, honesta y emotiva, centrada en el aquí y el ahora; de esta manera, se busca entrar en operación y potenciar el efecto de los elementos terapéuticos siguientes:

1. *Creación de un grupo cohesivo.* 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.* Se realiza tanto por parte del(la) terapeuta como de los participantes mismos; así, 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.* Va más allá de la simple tarea de informar, puesto que los participantes personalizan sus intervenciones, y 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 o personales estresantes.
5. *Exploración y creación de nuevos significados.* A partir de los cuales, se invierte de manera positiva y trascendente a la actividad laboral de asistencia.
6. *Adquisición de habilidades.* Auto-observación, monitoreo compartido de síntomas, técnicas de relajación, entre otras.
7. *Formulación de un plan de autocuidado personalizado.* Resultado final del 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 (Marín-Tejeda, 2016) con formato de libro de autoayuda, de corte psicoeducativo y lectura accesible para personas con escolaridad media y superior. Este libro fue diseñado para un perfil amplio de cuidador, que puede ser comprendido con facilidad por

enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, educadores, voluntarios, abogados y otros. 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(la) terapeuta indica la lectura sistemática del libro de trabajo, que busca guiar al participante hacia el inicio y mantenimiento de un proceso de reflexión, que se realiza a partir de los contenidos que incluyen información detallada acerca del síndrome de desgaste, ejercicios estructurados que estimulan la auto-observación 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; 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 todas las 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 transmitir y adquirir información. Con el libro de trabajo se presenta la agenda temática de cada sesión, además de promover la libre discusión, la adquisición de habilidades y estimular la participación activa en el proceso, incluso durante el periodo previo al siguiente encuentro; sin embargo, como ya se indicó, los objetivos del terapeuta de grupo de contención son más amplios y se centran, además de la psicoeducación, tanto en el moldeamiento de los procesos grupales 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 cuatro partes; la primera es introductoria y presenta los conceptos básicos del modelo, además de información esencial que apunta a sensibilizar al lector acerca de tres elementos:



1. *Características específicas del lugar de trabajo*: 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 o la directiva (Leiter & Maslach, 2005), entre otras.
2. *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 contruidos a partir del argumento siguiente: la FC puede prevenirse en la medida en que el cuidador aprende más acerca del síndrome; por tanto, cada uno detalla de síntomas con énfasis particular en los más prevalentes, así como en la descripción del curso evolutivo característico. Asimismo, ofrece como herramienta de autoevaluación el *Professional Quality of Life* (PROQOL-V) (Stamm, 2010), con indicaciones específicas para que cada participante pueda realizar y personalizar su autoevaluación.

El cuadro 9.1 presenta un listado por rubro de los síntomas más comunes que pueden encontrarse en un cuidador que padece FC. Este listado es resultado tanto de investigación documental como de experiencia de trabajo clínico con población mexicana. Como puede notarse, muchos síntomas se traslapan, se refuerzan y explican entre sí.

Cuadro 9.1. Perfil sintomático completo de la FC

| RUBRO           | SÍNTOMAS                                |  |  |
|-----------------|---|--|--|
| Físicos         | Enfermedad cardiovascular               | Trastornos musculoesqueléticos         | 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   | Susplicia, 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 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 |  |

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. Parte del supuesto de que, con el trabajo en los capítulos previos se ha sensibilizado lo suficiente al participante para llevarlo a tomar la decisión de hacer cambios concretos en su vida. Los componentes claves para la formulación de este plan son:

**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. Enseguida, 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.

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 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 o de ausencia de vínculos emocionales constructivos– actúa en detrimento de la salud mental en general, 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 en la actualidad 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, familia, de cuidado emocional y físico, espiritualidad, ocio-diversión, entre otras (Marín-Tejeda, 2016).

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, 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 (Martín y Pear, 1991); por 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.

El cuadro 9.2 presenta un listado con 13 tareas divididas en cuatro rubros, las cuales se consideran la base para la formulación e implementación de un plan de autocuidado personalizado. En el libro de trabajo (Marín-Tejeda, 2016) se presenta a manera de lista de chequeo y se describe con detalle cada una de las actividades sugeridas al participante.

Cuadro 9.2. Compendio de recursos para la formulación de un plan de autocuidado

| NÚMERO   | RECURSO O TAREA  |
|--|--|
| <b>I. Incrementar el grado de atención y consciencia</b> | Crear consciencia de la necesidad de cambiar                   |
|  | Detectar las principales fuentes de estrés                     |
|  | Aprender a identificar los síntomas de desgaste personales     |
| <b>II. Evitar el aislamiento</b>                         | Conseguir uno o más cómplices                                  |
|  | Realizar un inventario de herramientas de autocuidado actuales |

| NÚMERO  | RECURSO O TAREA   |
|---|---|
| <b>III. Establecer un balance trabajo-vida personal</b> | Establecer clara diferenciación entre vida personal vs. laboral                                     |
|   | Identificar y privilegiar las prioridades vitales   |
|   | Planificar la vida personal   |
| <b>IV. Formular un plan estructurado por escrito</b>    | Elegir acciones de autocuidado de cada área (física, psicológica, social-interpersonal, espiritual) |
|   | Formular por escrito el plan de autocuidado   |
|   | Firmar una carta compromiso de cambio   |
|   | Desarrollar más habilidades de autocuidado  |
|   | Practicar en forma rutinaria las acciones de autocuidado  |
|   | Medir periódicamente los niveles de BO, FC y TV   |
|   | Revisar y ajustar periódicamente la efectividad del plan  |

### Evidencia empírica preliminar del modelo del cuidado del cuidador

El modelo se evaluó con 24 participantes voluntarios, 21 mujeres (87.5%) y 3 hombres (12.5%), (Marín-Tejeda, 2017), a quienes se envió una invitación a través de la página *web* de Fundación Quiera (selección no probabilística). La edad promedio de la muestra fue de 43.5 años (+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), 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, 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, por mencionar algunas.

Por cuota, los participantes se asignaron a uno de tres grupos terapéuticos, conformados por ocho integrantes respectivamente; de esta manera, se condujeron tres 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 tres horas cada una, además de un encuentro adicional de seguimiento a los tres meses de concluida la última 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 tres 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 dos primeras variables, claves en cuanto a perfil sintomático.

## Conclusiones

Fatiga por compasión es un término relativamente nuevo, 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. A pesar del interés añejo que despierta este tema, existen relativamente pocas tecnologías con sustento empírico, diseñadas específicamente para atender esta problemática.

Este capítulo describió un modelo sistemático de intervención preventiva, diseñado para un perfil de cuidadores mexicanos, que puede ser implementado en el área de trabajo durante un periodo corto, o bien, 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, y otro 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, que 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 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

- Álvarez-Icaza, D. y 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.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed). Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bährer-Kohler, S. (2013). *Burnout for experts. Preventing in the context of living and working*. New York, NY: Springer Press.
- 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.
- Bogacz, T. (1989). War Neurosis and Cultural Change in England 1914-22: The Work of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock. *Journal of Contemporary History*, 24, 227-256.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163.
- Figley, C. (1996). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the Traumatized*. New York, NY: 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>
- Leiter, M., & Malach, C. (2005). *Banishing burnout. Six Strategies for improving your relationship with work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Marín-Tejeda, M. (2016). *Cuidate para cuidar a otros. Programa para evitar el desgaste de los que trabajamos ayudando a los demás*. México: Editorial Pax.
- Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de *burnout* y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 9, 117- 123.
- Martin, G. y Pear, J. (1991). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1976). *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (2003). *Burnout. The cost of caring*. Cambridge, MA: Malor.

- Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook. Creative tools for transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. New York, NY: Taylor y Francis Group.
- 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.
- Shenese, 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.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8, 1-6.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2<sup>nd</sup> ed.). Pocatello. [www.ProQOL.org](http://www.ProQOL.org)
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among health-care professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1, 82-89.
- 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.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2008). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5<sup>th</sup> ed.). New York, NY: Basic Books.

## PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOFISIOLÓGICA BREVE<sup>1</sup>

David Alberto Rodríguez Medina<sup>\*</sup>  
Benjamín Domínguez Trejo<sup>\*\*</sup>  
Luis Alberto Morales Hernández<sup>\*\*\*</sup>  
Irving Armando Cruz Albarrán<sup>\*\*\*\*</sup>

### Introducción

**E**l cuerpo humano tiene dos clases de temperatura: la central, que cubre la región del tórax y la cabeza y debe mantenerse constante, a través de mecanismos de termorregulación en sistema nervioso central; y la periférica, definida como aquella donde no existen órganos vitales en las zonas distales respecto al corazón. Se puede medir en las extremidades inferiores y superiores,

---

<sup>1</sup> El presente trabajo se realizó con el apoyo de DGSCA, UNAM, a través del proyecto PAPIIT, clave IT300519. Agradecemos el apoyo de las y los psicólogos Gabriela Jael Pérez García, Sara Karen Pluma Verde, Omar Arturo Chavarría Santiago, Sandra Nayeli Vergara Aguirre, Mariana Ortíz Omaña, y maestros José Joel Ortega Vázquez y Omar Manjarrez Ibarra.

<sup>\*</sup> Coordinación de Psicología Social, Departamento de Sociología, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa.

<sup>\*\*</sup> Profesor de Titular "C", Tiempo Completo, Definitivo, adscrito a la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología, UNAM.

<sup>\*\*\*</sup> Profesor-Investigador en el Área Electromecánica de la Facultad de Ingeniería, Universidad Autónoma de Querétaro.

<sup>\*\*\*\*</sup> División de Investigación y Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología, UNAM. Posgrado en Mecatrónica, Facultad de Ingeniería, UAQ.

cuyas zonas más alejadas respecto al tórax tienen una temperatura menor, o bien, en la nariz, la región perinasal, periocular, peribucal, mejillas y los lóbulos de las orejas (Ioannou, Gallese, & Merla, 2014) (Figura 10.1).

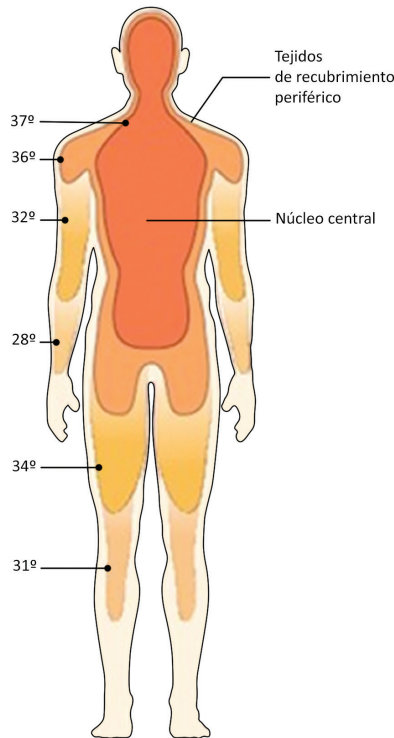


Figura 10.1. Termografía del cuerpo humano (Adaptado de Conti, 2011).




La temperatura periférica proporciona una medida útil para evaluar tanto el estrés como la relajación. Cuando enfrentamos situaciones que amenazan nuestra integridad física, psicológica o social, nuestro organismo responde con un decremento en la temperatura periférica; en contraste, en situaciones física o socialmente

seguras, la temperatura periférica tiende a semejarse a la temperatura central. Diversos estudios empíricos han documentado los patrones térmicos de estados emocionales en el laboratorio (Ioannou, Gallese, & Merla, 2014; Rodríguez-Medina y Domínguez-Trejo, 2017) y su aplicación clínica (Rodríguez-Medina *et al.*, 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 han evolucionado conforme los avances tecnológicos, desde las bandas Dermatherm<sup>®</sup>, termistores adheridos a la piel, hasta el presente con sensores de infrarrojo térmico. Esta última herramienta hace posible el registro a distancia, sin contacto con la piel del sujeto, lo cual significa un avance considerable para diversos pacientes con un nivel de medición preciso significativamente elevado para los propósitos de monitoreo clínico por parte del(la) terapeuta. La principal ventaja de estos instrumentos de medición psicofisiológica es su portabilidad, útiles en diversos contextos clínicos (Cuadro 10.1).

Cuadro 10.1. Termómetros sensibles a los cambios de temperatura periférica (manos y nariz)

| TERMÓMETRO  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
|  <p data-bbox="286 1355 426 1378">Dermatherm<sup>®</sup></p> | <p data-bbox="539 1086 1037 1343">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; por encima de 94 °F se considera predominio parasimpático: la meta clínica.</p> <p data-bbox="539 1350 1037 1402">Pese a que es una herramienta útil, portátil y económica, tiene un bajo nivel de precisión.</p> |

| TERMÓMETRO   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
|  <p data-bbox="197 652 438 678"><b>Termómetro electrónico</b></p>                       | <p data-bbox="500 253 1000 569">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.</p> <p data-bbox="500 574 1000 713">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, micropore preferentemente, restringiendo el movimiento del paciente.</p> |
|  <p data-bbox="185 970 450 1025"><b>Non Contact Infrared Body Thermometer DM300</b></p> | <p data-bbox="500 751 1000 1012">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 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 0.5 cm<sup>2</sup> a una distancia de 3-5 cm de distancia. En la pantalla aparece el valor de temperatura.</p>   |
|  <p data-bbox="269 1355 366 1381"><b>Ave Fénix</b></p>                                | <p data-bbox="500 1046 1000 1277">Cámara de imagen térmica infrarroja de 80x120 píxeles. 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 guardada para su análisis ulterior.</p> <p data-bbox="500 1282 1000 1425">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.</p>   |
| <p data-bbox="163 1454 346 1480">Elaboración propia</p>  |   |

En las secciones siguientes se mostrarán las bases y técnicas de registro psicofisiológico térmico, su lectura para la interpretación clínica y dos protocolos de evaluación psicofisiológica para su aplicación clínica: uno individual y otro colectivo.

### Factores que influyen en la imagen térmica infrarroja

La actividad autonómica que se registra con la imagen térmica infrarroja (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, sexo, entre otros. Algunos de estos factores (Fernández-Cuevas *et al.*, 2015; Shwartz *et al.*, 2015) a tomar en cuenta para el registro más preciso y adecuado de la iTf se presentan en el cuadro 10.2.

Cuadro 10.2. Factores generales de consideración de una iTf

| FACTOR                                    | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| <b>Prerregistro</b>                       | Evitar el consumo de alimentos cuando menos dos horas previas al registro  |
| <b>Temperatura ambiente controlada</b>    | Mantener una temperatura constante (entre 20° y 24° C) en la sala o espacio donde se lleve a cabo el registro. Debe controlarse la ventilación, humedad y luz natural, y medir los parámetros de cada una de estas condiciones para ingresarlo al <i>software</i> de registro termográfico |
| <b>Aclimatación</b>                       | Permanecer en la sala donde se va a realizar la investigación de 10 a 20 min (Fernández-Cuevas <i>et al.</i> , 2015), a fin de aclimatarse a la temperatura ambiente   |
| <b>Factores intrasujeto e intersujeto</b> | Diferencias de género se han documentado en la reactividad psicofisiológica (Cruz-Albarrán <i>et al.</i> , 2018)   |
| <b>Línea base</b>                         | Registro basal de tres a cinco minutos previo a cualquier tipo de tarea  |

| FACTOR                 | DESCRIPCIÓN  |
|------------------------|--|
| <b>Tarea emocional</b> | La aplicación de la tarea (física, cognitiva o afectiva). Indicar al sujeto no moverse del foco de la cámara |
| Elaboración propia     |  |

## Termografía aplicada a la psicología clínica y de la salud

La cámara térmica infrarroja es una herramienta tecnológica no invasiva ni obstructiva capaz de monitorear la temperatura mediante la iTF del organismo y sus respectivos índices de temperatura que lo conforman, diferenciados por una paleta de colores (Merla, 2014; Ioannou, Gallese, & Merla, 2014). De acuerdo al pixelaje de la cámara, la iTF permite obtener un nivel de precisión al momento de valorar una temperatura en un punto específico (Figura 10.2). Estos puntos de medición se denominan regiones de interés observables (RIO) y se han situado en las zonas de registro de temperatura periférica (Figura 10.3).

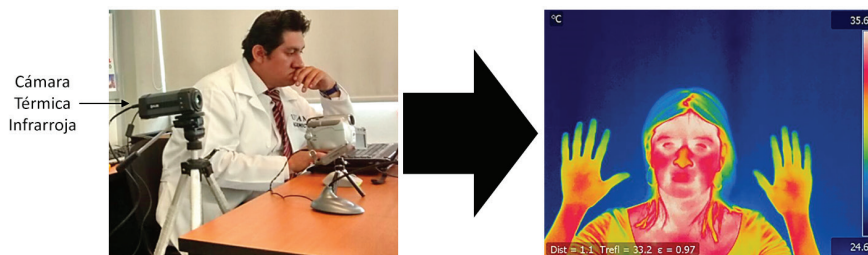


Figura. 10.2. Cámara térmica infrarroja. Los cambios de temperatura se pueden valorar mediante los cambios visuales en la paleta de colores para el monitoreo clínico por parte del especialista.



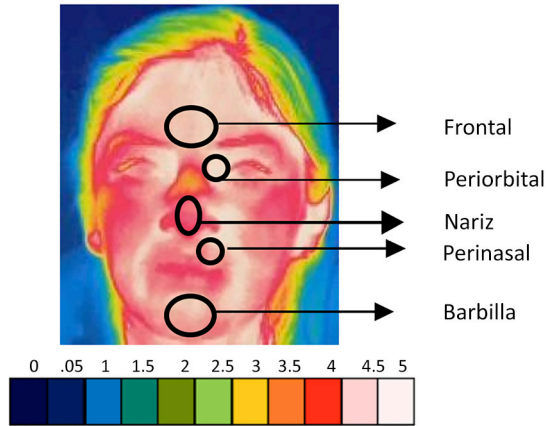


Figura. 10.3. RIO faciales y escala de evaluación categórica. La escala categórica de temperatura va de 0 a 5, con puntos intermedios para su evaluación clínica rápida y continua. Cada valor de 0.5 es aproximadamente 1.2 °C. Se muestran las RIO faciales.

En un esfuerzo por evaluar los efectos autonómicos que subyacen a distintos estados afectivos, la (iTF) permite valorar de manera cuantificable el funcionamiento autonómico subyacente a distintas emociones (Rodríguez-Medina y Domínguez-Trejo, 2017).

De acuerdo con el nivel de medición, es posible 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, lo cual exige mayor tiempo de registro.

Para el monitoreo clínico del paciente durante la sesión psicológica, se sugiere utilizar 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. Durante un estado de activación autonómica,

la temperatura periférica decrementa, mientras que, durante la relajación, se incrementa. Sugerimos visitar el enlace de Ciencia UNAM (2016) para una visualización de un protocolo clínico de evaluación e intervención en psicofisiológica clínica.

### 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 y Domínguez-Trejo, 2017). El uso de la iTF permite al psicólogo de la salud 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:

- Lectura rápida del estado emocional del paciente, sin la necesidad de utilizar algún sensor adherido al cuerpo del paciente
- Optimización del tiempo de consulta psicológica al no tener que instrumentar con los termistores tradicionales de equipo de registro psicofisiológico
- Monitoreo continuo de diversas RIO simultáneamente.
- Valoración del efecto psicológico sobre la actividad autonómica del paciente durante la sesión en tiempo real, como la expresión emocional, sus procesos cognitivos o su conducta observable, los cuales influyen en su capacidad de regulación emocional.

Se han realizado acuerdos con el Dr. Luis Alberto Morales Hernández e Irving Cruz Albarrán de la Facultad de Ingeniería de

la Universidad Autónoma de Querétaro, para desarrollan en colaboración una cámara térmica infrarroja portátil para la práctica e investigación clínica, con suficiente nivel de resolución para valorar los cambios de la actividad autonómica. El costo-beneficio es clínicamente útil, pues tiene un valor aproximado de \$750 USD y se puede utilizar para escanear a los pacientes antes, durante y después de los procedimientos psicológicos en diferentes escenarios.<sup>2</sup> Alentamos a los psicólogos especialistas en clínica y salud a familiarizarse con los diseños de investigación N=1, o bien, aquellos estudios de grupo intrasujetos de medidas repetidas.

La capacidad de regulación autonómica térmica es nuestro indicador más fiable del pronóstico afectivo de cada paciente. Se puede evaluar, primero, si el paciente logra incrementar su temperatura periférica sin apoyo psicológico, o bien, requiere de nuestra expertis para alcanzar una respuesta de relajación. A continuación, se presenta un protocolo:

*Protocolo de evaluación e intervención psicofisiológica breve para manejar una crisis afectiva in situ*

- a) *Sin apoyo psicológico.* Evaluar la capacidad de relajación ante una situación de emergencia sin apoyo psicológico.
  1. Diseño de intervención: previo y posterior, como materiales de medición se pueden utilizar los termómetros antes descritos.
  2. Procedimiento: se solicita al paciente relajarse por sí mismo como sepa hacerlo. A esta respuesta se le denomina respuesta natural de relajación (RNR) (Figura 10.4).
- b) *Con apoyo psicológico.* 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

---

<sup>2</sup> Una visualización se puede encontrar en Youtube como *Dispositivo Ave Fénix* (TV UNAM, 2018).

muscular progresiva o pasiva. Cabe recordar que las estrategias de relajación cognitiva, como la imaginación 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. Aprender estas habilidades requieren un tiempo considerablemente mayor.

En consultorio psicológico:

- a) *Con apoyo psicológico*. Evaluar la capacidad de producción de respuesta parasimpática para el manejo de una situación estresante.
  1. Diseño de intervención: medidas repetidas (pre-estresor-relajación). Se recomiendan el uso del termómetro electrónico o digital infrarrojo.
  2. Procedimiento: durante un periodo de reposo de entre cinco y diez minutos, se solicita al paciente permanecer quieto, sentado, con ojos cerrados durante dos minutos (medición previa); posteriormente, se le induce una tarea de estrés estructurada (*El Trier Social Stress Test*, por ejemplo) o semi-estructurada (evocar el evento afectivo estresante [medición posestresor]). Finalmente, se le induce la relajación mediante una tarea estructurada como la respiración diafragmática o la relajación muscular pasiva o progresiva (medición postratamiento).

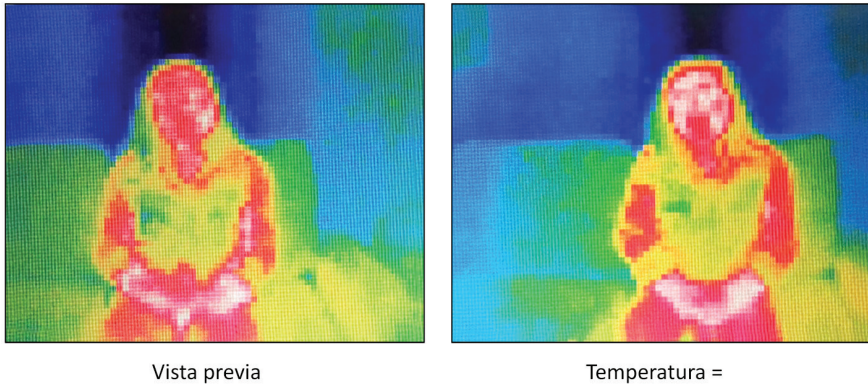


Figura 10.4. Cámara térmica infrarroja portátil Ave Fénix. El escáner térmico permite evaluar en tiempo real el nivel y comportamiento de la temperatura antes, durante y después de la intervención psicológica.

### **Evaluación psicofisiológica térmica de estrés agudo postsismo CDMX 2017**

En un estudio sobre la capacidad de regulación autonómica afectiva, en estudiantes universitarios expuestos al sismo del 19 de septiembre de 2017, se implementó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas: *Pre-Trier Social Stress Test (TSST)- Relajación* por medio del dispositivo Non Contact Infrared Body Thermometer DM300, tres semanas después del sismo.

Los alumnos permanecieron sentados, en reposo, siete minutos antes de comenzar con el registro (T1). Luego, les dieron la indicación de cerrar sus ojos durante dos minutos (al término de este periodo los psicólogos registraron la temperatura nasal con el termómetro infrarrojo) (T2). Posteriormente, se indicó que pasarían al frente del salón a exponer un discurso verbal de por qué serían buenos candidatos para ejercer su trabajo ideal y, al término, se les realizaría una prueba de habilidades aritméticas, con la indicación que si se equivocaban volverían a comenzar, mientras cada uno de los

estudiantes y psicólogos los observaba (TSST). Para finalizar, realizaron una tarea de relajación semiestructurada durante dos minutos.

Los resultados muestran que se encontraron dos subgrupos durante la fase de relajación: aquellos que lograron relajarse incrementando su temperatura de manera significativa; y aquellos que continuaron decrementando su temperatura, incluso después de la finalización del estresor. A este grupo se le debe considerar seguimiento de comportamiento afectivo (Figura 10.5).

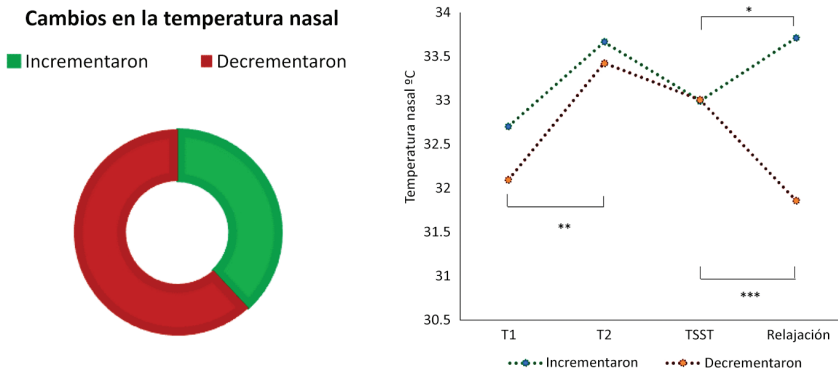


Figura. 10.5. Diferencias de temperatura entre subgrupos en fase de relajación post estresor.

Estos datos sugieren que:

- Durante el periodo de trastorno por estrés agudo (TEA) la actividad autonómica sigue comprometida en dos terceras partes de la muestra.
- El incremento de la temperatura durante la fase de relajación es un indicador de regulación autonómica subyacente a un estado de estrés, lo cual permite identificar entre sujetos que requieren atención psicológica especializada.

## 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 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 evaluar de nuevo 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), la cual 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 cardíaca (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. Si la persona logra 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. Este último estado promueve

la relajación, que puede ser evaluada mediante el incremento de la temperatura periférica en manos y nariz.

La capacidad de regular nuestra temperatura periférica en situaciones fuera de peligro permite un funcionamiento social afectivo, es decir, una temperatura periférica similar a la temperatura central (manos, nariz caliente); por el contrario, si nuestro organismo permanece activo (manos o nariz frías) aun estando en situaciones de bajo riesgo o agradables, nuestro pronóstico afectivo es desfavorable, con posibilidad de desarrollar estrés postraumático y depresión.

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. <https://www.youtube.com/watch?v=FRWyeI-5WINw>
- 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 y Technology*, 93, 116-123. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infrared.2018.07.017>
- Dispositivo Ave Fénix. (2018). <https://www.youtube.com/watch?v=NOvUUtMBOo>
- Fernandez-Cuevas, I., Bouzas-Marins, J., Arnaiz-Lastras, J., Gomez-Carmona, P., Piñonosa-Cano, S., Garcia-Concepcion, M., & Sillero-Quintana, M. (2015). Classification of factors influencing the use of infrared thermography in humans: A review. *Infrared Physics y 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). <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](http://dx.doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00156-2)
- Rodríguez-Medina, D. y Domínguez-Trejo, B. (2017). 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.rdpipcs.unam.3.2.2017.140.227-241>
- Rodríguez-Medina, D., Domínguez-Trejo, B., Cortes, P., Cruz, I., Morales, L., & Leija, G. (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., Amalu, W., & Head, J. (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>.
- Conti, F. (2011). "Regulación de la temperatura corporal". En: *Fisiología médica* (Cap. 62). México: McGraw-Hill Interamericana.
- TV UNAM. (2018). *Ave Fénix*. [https://www.youtube.com/watch?v=6E253zB\\_L2g](https://www.youtube.com/watch?v=6E253zB_L2g)
- Tyler, W., Boasso, A., Mortimore, H., Silva, R., Charlesworth, J., Marlin, M., Aebersold, K., Wetmore, D. Z., & Pal, S. (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>

**Estrés postraumático causado por sismos**  
Bases teóricas

es una obra editada y publicada por la **Universidad Nacional Autónoma de México** en la Coordinación Editorial de la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, Avenida de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, México, CP 54090. En la composición tipográfica se utilizaron las familias Minion Pro 14:16,12:16 y Frutiger 11.2:16.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de  
**José Jaime Ávila Valdivieso**

Pedidos:  
Librería FES Iztacala: 5623-1194  
Coordinación Editorial: 5623-1203  
Correo-e: josejav@unam.mx

**Los Reyes Iztacala, 2022**