

# Estrés

postraumático causado por sismos

## Programa de intervención

Carolina Santillán Torres Torija

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



CDMX  
CIUDAD DE MÉXICO







**CDMX**  
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

# Estrés

postraumático  
causado por sismos

Programa de intervención





**Dr. Enrique Luis Graue Wiechers**  
Rector



**FESI**

**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  
Carrera de Psicología

# **Estrés**

postraumático  
causado por sismos  
Programa de intervención

Carolina Santillán Torres Torija



---

**Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información**

**Nombres:** Santillán Torres Torija, Carolina, autor.

**Título:** Estrés postraumático causado por sismos : programa de intervención / Carolina Santillán Torres Torija.

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

**Identificadores:** LIBRUNAM 2101779 (impreso) | LIBRUNAM 2121699 (libro electrónico) | ISBN 9786073028066 (impreso) | ISBN 9786073053877 (libro electrónico).

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

**Clasificación:** LCC RC552.P67.S326 2020 (impreso) | LCC RC552.P67 (libro electrónico) | DDC 616.8521—dc23

---

# Estrés

## postraumático causado por sismos

### Programa de intervención

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**

Av. 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: 978-607-30-5387-7**

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

PLH OLIVIA BERENICE MEJÍA LÓPEZ

PLH JORGE ARTURO ÁVILA GÓMORA

Corrección de estilo

MARCOS DANIEL ROLDÁN HERNÁNDEZ

Fotografía de portada

BERENICE GARCÍA DÁVILA

Ilustraciones

DG JACQUELINE VERÓNICA SÁNCHEZ RUIZ

Diagramación, diseño de página y formación editorial

PDG Héctor Antonio Caldera Roldán

Diseño de portada y retoque digital de imágenes

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**

---

# Índice

<b>Prefacio</b>	<b>I</b>
1. Primeros auxilios psicológicos	1
2. Estrés agudo	5
3. Estrés	13
4. Estrés postraumático	19
5. Línea de tiempo	27
6. Jerarquía de evitación	31
7. Registro ABC	41
8. Pensamientos automáticos	49
9. Registro ABCDE	53
10. Espiral de la depresión	59
11. Distorsión en la predicción de la satisfacción	63
12. Pensamientos distorsionados frecuentes después de un evento altamente estresante	69
13. Tríada cognitiva	71
14. Plan de seguridad	73

15. Resiliencia después de un desastre natural	79
16. Entrevista motivacional	85
17. Terapia de exposición narrativa para estrés postraumático	87
<b>Directorio</b>	<b>91</b>
<b>Referencias</b>	<b>93</b>



---

## Prefacio

**E**l *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (APA, 2015), en su última versión, señala que los eventos traumáticos impactan en la “triada cognitiva” (Beck, 1976), ya que sacuden al individuo y cuestionan su manera de verse a sí mismo, a los demás y al futuro. Al vivir un desastre natural, es común que una persona tenga dudas sobre su capacidad para lidiar con los problemas derivados de la catástrofe, o bien, si posee los recursos necesarios para ello, lo cual le genere inseguridad. Asimismo, al ver que otras personas pueden reconstruir sus casas, sus vidas, incorporarse a un nuevo empleo o superar la pérdida de un ser querido, pueden llegar a sentirse menos hábiles y a desarrollar ideas sobre que otros no se interesan por sus problemas, los abandonan o traicionan.

Estos pensamientos distorsionados pueden cambiar la visión que las personas tienen sobre la vida; el optimismo empieza a ser reemplazado por el pesimismo y la desesperanza, a lo que puede sumarse lentitud para tomar decisiones, problemas con el apetito, sueño, deseo sexual, enlentecimiento psicomotor y tristeza, la mayor parte del día, acompañada de aislamiento e inactividad. Así, se instala el ánimo negativo y, en algunos casos, depresión, desencadenados por el evento traumático del desastre natural.

El pasado sismo del 19 de septiembre de 2017 (19S) en la Ciudad de México, además de una desafortunada y fatídica coincidencia con respecto

del terremoto ocurrido 32 años antes, en 1985, trajo consigo cientos de muertes, daños materiales y pérdidas económicas incalculables, pero también revivió un viejo trauma alimentado, en algunos casos, por el pensamiento mágico derivado de dicha casualidad, lo cual dificultó el procesamiento adecuado de la experiencia. En esta dificultad de comprender y olvidar se va configurando el estrés postraumático.

Por otro lado, las personas que se expusieron de forma directa a detalles repulsivos del evento, como los rescatistas voluntarios, en algunos casos desarrollaron síntomas de intrusión<sup>1</sup>. Tras vivir un evento traumático, 30% de los sobrevivientes generarán algún síntoma de intrusión, ánimo negativo o evitación, aunque en los casos de desastres naturales esta cifra puede ser menor, pues la comunidad, en conjunto, vive el evento y genera solidaridad (Fan *et al.*, 2015).

Ante este panorama, el "19S", además de la confirmación de la solidaridad del pueblo mexicano, representó un desafío para la nueva generación de profesionales de la salud mental, en términos de atención psicológica urgente, pues, por una parte, mostró que la organización y la estandarización de los primeros auxilios psicológicos a la población volvieron a quedar pendientes y, por otra, dejó al descubierto la necesidad de cambiar el modelo de atención individual por un modelo preventivo que tenga como objetivo atender el malestar emocional en lo inmediato, pero también las problemáticas asociadas a las pérdidas en el mediano plazo.

Ante la creciente demanda de atención tras un desastre natural o un evento altamente traumático, y con el objetivo principal de establecer una estrategia de respuesta inmediata ante una situación de desastre en la Ciudad de México se propuso diseñar el "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", 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

---

<sup>1</sup> Aparición de imágenes que remontan a las escenas más dramáticas del desastre, presencia de sueños repetidos, reacciones disociativas y malestar intenso al entrar en contacto con cualquier estímulo que pueda recordarles el evento.



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 distintas 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 programa 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.

Cabe señalar que el modelo de monitores o guardianes se ha trabajado en Estados Unidos desde hace más de 20 años (Quinnet, 1995; APA, 2006) y responde a la necesidad de dotar de habilidades de resiliencia a la comunidad, crear una cultura de cuidado del otro y poner sobre la mesa el tema de la salud mental después de un desastre natural; asimismo,

apoya a transmitir la cultura de autocuidado entre los profesionales de la salud expuestos a detalles explícitos después un evento traumático y que se encuentran, de igual manera, en alto riesgo de presentar sintomatología ansiosa, depresiva e incluso, desgaste profesional.

Para implementar este entrenamiento se capacitó a más de 200 personas que día a día enfrentan a pacientes que podrían presentar un riesgo de salud mental. Para ello, se aprovechó el lugar que ocupa el profesional de la salud como un referente en la comunidad y en el centro de salud para que los pacientes se sintieran más motivados y confiados de atender los síntomas que presentaban después de un desastre natural con personal altamente capacitado. Con este propósito, se propuso un algoritmo de atención que incorpora a la academia como apoyo fundamental en la atención de la población después de una crisis por un desastre natural (Figura 1).

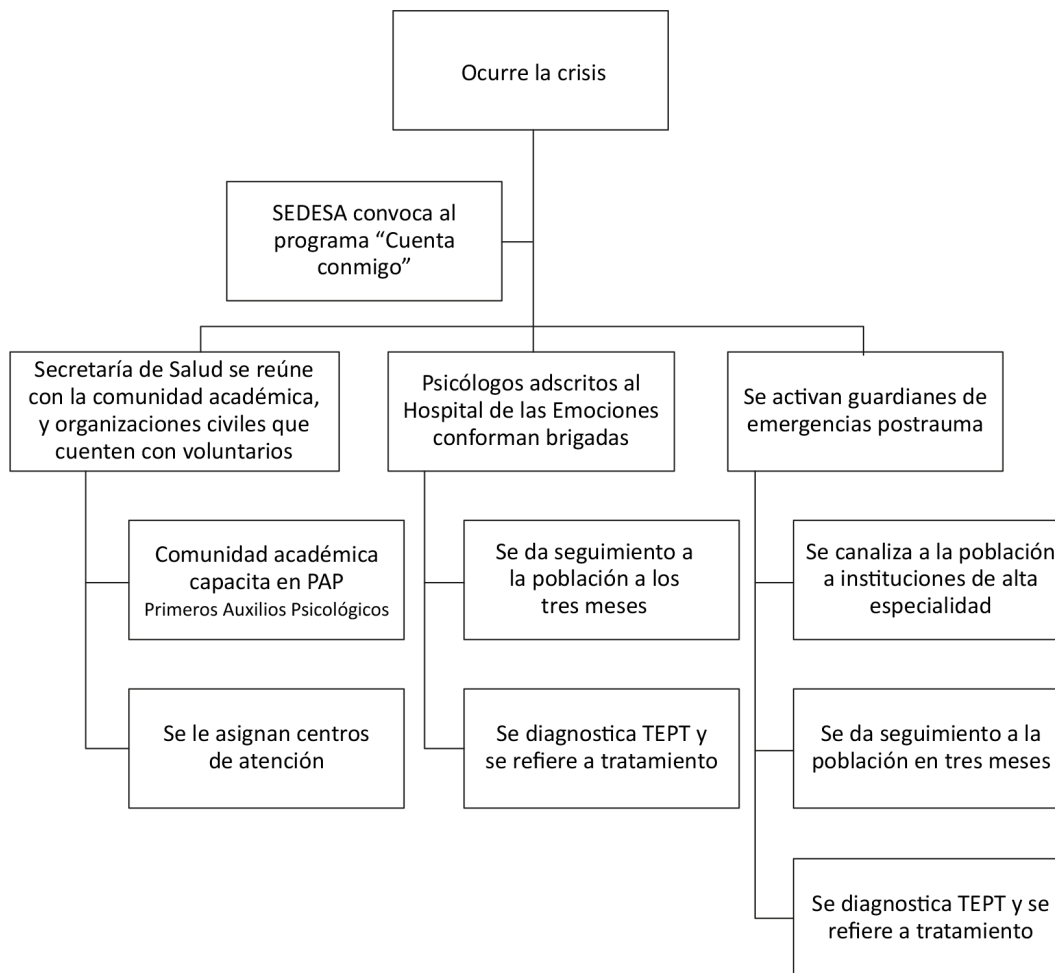


Figura 1. Algoritmo de atención de la población de la CDMX después de un desastre natural.



Es necesario señalar que la ayuda psicológica deberá ser coordinada desde la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, para luego convocar a la academia y asignarle sitios donde deberá proveer el apoyo, una vez que cuente con voluntarios capacitados para hacerlo. Además, se propone incorporar a los Guardianes de Emergencia Postrauma para apoyar en la detección y canalización oportuna de los habitantes para los primeros auxilios psicológicos, siguiendo el algoritmo. Un segundo momento de la intervención es realizar seguimiento de las personas atendidas durante el siguiente año y detectar aquellas que presenten estrés postraumático para ser referidas a los centros de salud.

Con base en lo anterior, el presente texto incluye una capacitación de 40 horas para psicólogos en formación y aquellos que ya trabajan en el campo clínico, en la que se provee de elementos del *Curso virtual. Primeros auxilios psicológicos* con el modelo de atención de la Universidad Autónoma de Barcelona (2015); se revisan los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual planteada por Judith Beck (2000), la cual tiene una sólida alianza terapéutica, centrada en el presente, en problemas y objetivos determinados, un componente psicoeducativo, enfatiza la participación y la colaboración activa, sesiones estructuradas y ayuda a las personas a identificar y a evaluar los pensamientos disfuncionales.

La parte más importante del entrenamiento describe la sintomatología de estrés tanto agudo como postraumático, y presenta la terapia de exposición prolongada (Foa, Chrestman, & Gilboa-Schechtman, 2008) y la reestructuración cognitiva (Beck, 2000) como técnicas fundamentales para el trabajo de estos trastornos. Asimismo, se revisan dos problemáticas relacionadas: la sintomatología depresiva y las conductas asociadas al suicidio, así como técnicas para su intervención (activación conductual, reestructuración cognitiva y planes de seguridad). Cabe señalar que el énfasis del entrenamiento radica en el fortalecimiento del apoyo social como el mejor predictor de salud mental en las comunidades (Turner, Frankel, & Levin, 1983).

La primera parte del entrenamiento contempla un protocolo de primeros auxilios psicológicos para atender a la población después de un desastre, el cual se basa en cuatro componentes: contener, informar, normalizar y consolar. Enseguida, se presentan materiales e información sobre el estrés agudo para compartir con los usuarios, así como un ejercicio de respiración diafragmática para practicarse en casa todos los días y actividades adaptadas para población infantil con el fin de que puedan comprender los síntomas que vive un niño después de un desastre natural.

Posteriormente, se introduce de manera general al estrés y al tratamiento del estrés postraumático, considerando las respuestas cognitivas y fisiológicas que causa en las personas y cómo los eventos altamente estresantes activan la sintomatología y las creencias distorsionadas. De igual manera, se invita al consultante a revisar los estresores que ha vivido en los últimos tiempos y se ofrece la planeación de un tratamiento hipotético para trabajar el estrés postraumático por medio de la terapia de exposición prolongada o narrativa. Para ello, se explica en qué consiste la terapia de exposición, se incluyen formatos para construir una jerarquía de estímulos evitados, y se complementa con estrategias de terapia cognitivo-conductual, como la línea de tiempo en donde el consultante identifica las creencias, pensamientos, imágenes que se han ido reforzando con la aparición de los eventos altamente estresantes.

Por otra parte, se explica el círculo vicioso de la evitación, donde los conceptos claves son la habituación y la evitación, y se ofrece un formato para realizar en casa tareas de exposición en vivo o imaginarias. Asimismo, se incorpora un apartado con técnicas enfocadas en el trabajo cognitivo y se introduce al consultante en el registro ABC, con el fin de que pueda entender la relación entre las situaciones que nos ocurren y la interpretación que hacemos de ellas, en especial cuando estamos ansiosos o con sintomatología depresiva, y empezar a debatir estos pensamientos automáticos con base en el diálogo socrático.

Además, se incluyen ejercicios de activación conductual para la sintomatología depresiva, distorsión en la predicción de la satisfacción, incremento de actividades potencialmente agradables y reestructuración cognitiva de los pensamientos más frecuentes tras un evento altamente estresante. Se explica la triada cognitiva a los consultantes para identificar los pensamientos distorsionados sobre ellos mismos, sobre el mundo y sobre los demás, y termina con un plan de seguridad para atender conductas asociadas al suicidio, si fuera el caso.

Por último, se anexan termómetros para medir las emociones y dos componentes para trabajar la resiliencia después de un desastre natural, para lo cual se recuperan los planteamientos de Martin Seligman (2007) sobre las atribuciones optimistas y pesimistas ante las adversidades, flexibilidad cognitiva y el ejercicio “Yo soy, yo tengo, yo puedo” de Grotberg (2006).

Algunos elementos de cómo se pueden supervisar los casos y qué se recomienda para llevar un expediente clínico y utilizar los formatos incluidos en este programa podrán revisarse en los videos disponibles en YouTube. Esperamos que este material sea de utilidad tanto para psicólogos en formación como para aquellos más experimentados.



# Primeros auxilios psicológicos

## Objetivo

**R**everisar los cuatro componentes de los primeros auxilios psicológicos.

## Introducción

Los primeros auxilios psicológicos son la primera atención que recibe una persona tras haber vivido un evento altamente estresante, como un sismo. Si bien estos pueden ser proporcionados por no profesionales de la salud mental, inclusive alumnos en formación, quienes tienen la obligación de dar atención hasta que los servicios altamente especializados se restablezcan, de manera ideal los debe proporcionar un psicólogo. Retomando el modelo de la Universidad Autónoma de Barcelona, el modelo que presentamos contiene cuatro acciones prioritarias que habrá que atender en esta intervención breve que podría ser de hasta 30 minutos.

El primer paso tiene que ver con ayudar a **contener** a la persona y deberá de incluir una presentación por parte de la persona que brinda los primeros auxilios psicológicos, quien además deberá solicitar permiso para poder realizar la intervención y estar atento a los síntomas que

presenta la persona. Es conveniente, en primer lugar, invitar a la persona a sentarse en un lugar privado, cómodo, iluminado, ventilado, pero si esta tiene síntomas importantes de ansiedad, podría acompañarla caminando, invitándola a hacer respiraciones profundas y a conversar. En segundo lugar, es importante contar con la información necesaria de cómo vivió la persona el evento traumático, para lo cual se le puede **preguntar** qué ocurrió, qué información tiene y qué tipo de ayuda necesita. En este sentido, quien provee los primeros auxilios psicológicos tendrá que estar informado y contar con un directorio de referencia para poder apoyar a la persona de la mejor manera, ofreciéndole servicios, números telefónicos, o bien, lugares de referencia donde pueda atender sus necesidades prioritarias.

En tercer lugar, será necesario **normalizar** los síntomas que está presentando y explicarle a la persona los más frecuentes del estrés agudo, así como sus componentes: reexperimentación o introducción, disociación, evitación, ansiedad y ánimo negativo; aquí es importante transmitir optimismo al mencionar que lo más probable es que estos disminuyan después de 72 horas. En esta etapa se requiere conocer si la persona, a lo largo de su vida, ha presentado algún otro trastorno asociado que podría reactivarse a partir del evento traumático, como es la sintomatología depresiva, conductas de ansiedad, problemas de consumo de sustancias o conductas asociadas al suicidio. En este caso, será primordial la canalización del caso, puesto que la responsabilidad de la persona que brinda los primeros auxilios psicológicos también tiene que ver con determinar si la persona requiere una evaluación psicológica completa o canalización al servicio de psiquiatría.

Especial atención merecen aquellas personas que se encuentran bajo tratamiento farmacológico, a quienes habrá que acercarlos para evitar que suspendan su tratamiento. **Consolar** a la persona mencionando que, en el caso particular de los desastres naturales, la gran mayoría de las personas lograrán recuperarse; por lo regular, las comunidades muestran solidaridad y cohesión, lo cual ayuda a la recuperación. No obstante, será importante monitorear tres meses después, los síntomas de estrés, sintomatología depresiva, somatización y conductas asociadas al suicidio, debido a que algunas personas, además del desastre natural, viven pérdidas asociadas a este que los ponen en riesgo de desarrollar un trastorno mental (Raphael, 1986) (Figura 1.1).



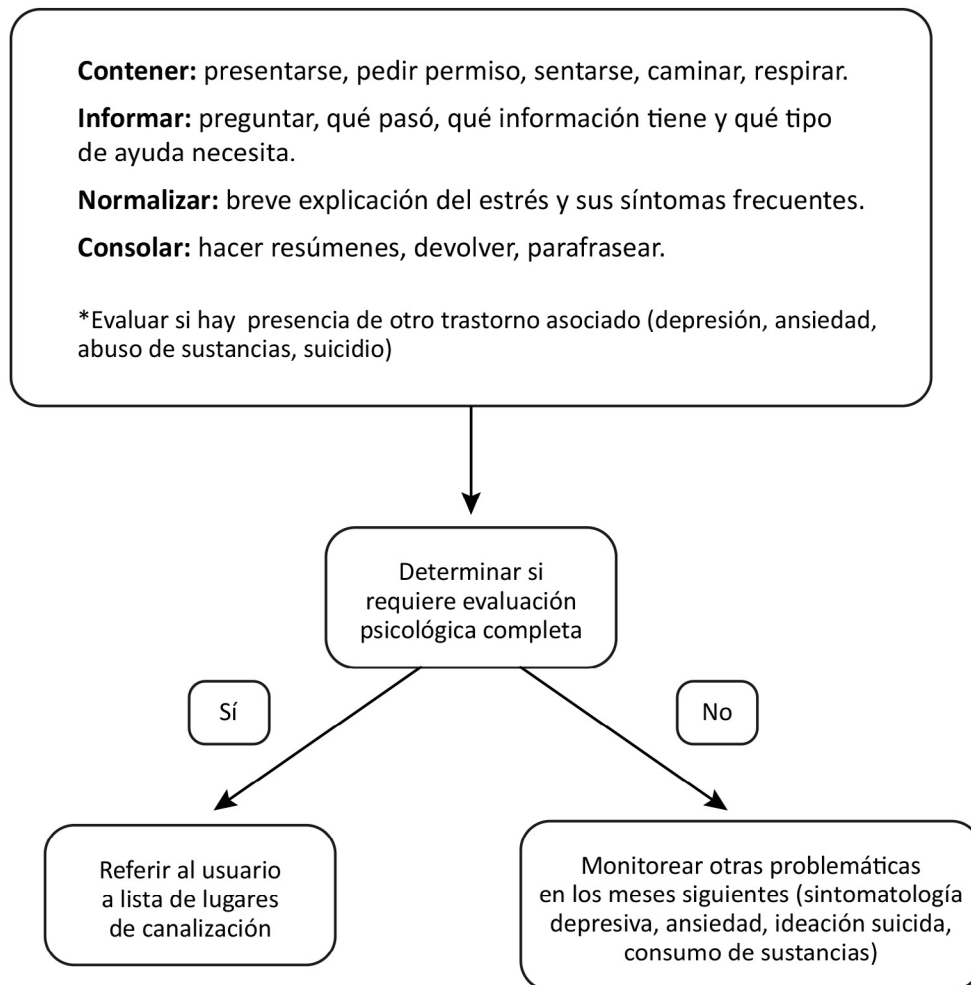


Figura 1.1. Brigada de primeros auxilios psicológicos de la carrera de Psicología de la FES Iztacala, UNAM (2017).



# Estrés agudo

## Objetivo

Que la persona reciba información sobre el estrés agudo, lo cual ayuda a normalizar los síntomas.

## Introducción

Después de las primeras 48 a 72 horas, una persona, o un grupo de ellas, puede presentar síntomas de respuesta al estrés, en especial después de un evento altamente traumático, como un desastre natural. No es necesario que la persona presente todos los síntomas; sin embargo, es importante compartirle que sería normal, como parte del proceso de recuperación, sentir algunos de ellos.

El primer síntoma se denomina *intrusión*, el cual se caracteriza porque la persona recuerda constantemente el evento a lo largo del día, incluso de la noche. Puede ser catalogado no solo como un recuerdo, sino como una re-experimentación del evento, en donde la persona muestra síntomas de mucha activación y una necesidad de huir.

El segundo síntoma es la *disociación*, la cual tiene que ver con aquellos eventos altamente estresantes caracterizados por detonar varias



emociones en los individuos, causando dificultad para procesar una gran cantidad de información y que las personas puedan tener sesgos al momento de recuperar la experiencia completa, ya que durante el evento cognitivamente hay un distanciamiento de la realidad. Suelen desconectarse por momentos o manifestar que olvidan parte del suceso.

El tercer síntoma es la *evitación*. Tras un evento altamente estresante, como un desastre natural o un evento violento, es común que las personas no quieran recordar lo ocurrido: evitar pasar por el mismo lugar, ponerse la misma ropa, oler o sentir cualquier estímulo asociado al evento traumático, ver televisión, platicar del evento, o bien, que presenten síntomas de sobre salto, un alto nivel de reactividad a estímulos que en ese momento consideran que podrían ponerlos en peligro y, finalmente, muestren un ánimo negativo.

Alrededor del 70% de las personas que han vivido un desastre natural o un evento altamente traumático salen adelante con sus propios recursos, particularmente si cuentan con una buena red de apoyo social, y no tienen factores hereditarios que los vuelvan vulnerables (Fan *et al.*, 2015).





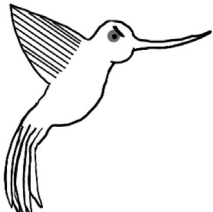
### **Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo (APA, 2015)**

- a. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
  1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- b. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
  1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
  2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
  3. Desrealización.
  4. Despersonalización.
  5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

- c. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- d. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- e. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- f. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- g. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- h. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

### Ejercicio 1. Coli, la colibrí (niños)

Coli, la colibrí, tiene estrés agudo, esto le ocurrió después de que alguien la atrapó y la encerró en una jaula, por suerte ella logró salir de ahí y ahora nos cuenta cómo se ha sentido, para que después tú le cuentes cómo te has sentido.

Coli	Yo
<p>Juego casi diario a que me encierran en una jaula.</p>	
<p> Me cuesta mucho poder dormir y cuando lo logro tengo muchas pesadillas que no me dejan dormir.</p>	
<p>Aunque me pasen cosas buenas no me pongo feliz.</p>	<p></p>
<p> A veces siento que todo va más lento.</p>	
<p>Trato de no pensar en nada de lo que me sucedió.</p>	<p></p>
<p> Estoy molesta y en ocasiones golpeo cosas o a mis amigos colibríes.</p>	



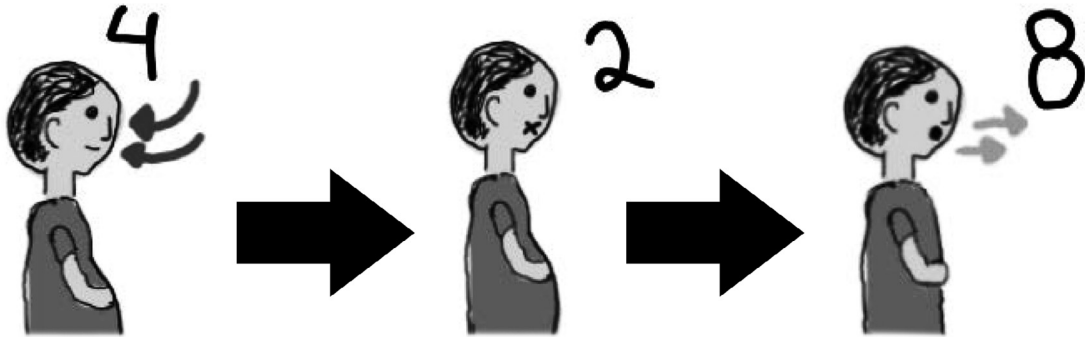
## Respiración diafragmática

Por excelencia, un evento altamente estresante cambia las respuestas fisiológicas, en especial la respiratoria, que puede ser voluntaria o involuntaria. En este sentido, una de las habilidades con las que puede contar el usuario es realizar ejercicios de respiración que le ayuden a estabilizar el malestar físico y emocional. Sugerimos que el psicoterapeuta solicite al usuario colocar una mano en su pecho y la otra mano en su abdomen para distinguir la respiración diafragmática de la torácica; la respiración primera se realiza intentando llenar de aire los pulmones hasta el abdomen y haciendo respiraciones profundas, mientras que la segunda es más superficial.

Se recomienda pedir al usuario intentar mover su mano usando este tipo de respiración inhalando en cuatro segundos, haciendo una pausa de dos segundos y exhalando en ocho segundos. Este ejercicio promueve una respiración calmada y profunda.

La lógica de que la exhalación tome el doble de tiempo que la inhalación tiene que ver con que, en ocasiones, los síntomas de ansiedad hacen que las personas hiperventilen y puedan presentar, incluso, un ataque de pánico. Se recomienda al usuario llevar un autorregistro del número de respiraciones por minuto para notar que el malestar emocional tiende a incrementar su número de respiraciones; los ejercicios de respiración diafragmática tendrán un efecto directo en el número de respiraciones por minuto (Smith, 2009).

## Ejercicio 2. Respiración 4-2-8 (adultos)



1. Coloque una mano en el pecho y otra en el abdomen.
2. Inhale por la nariz durante cuatro segundos.
3. Detenga el aire dos segundos.
4. Exhale por la boca durante ocho segundos; relaje sus hombros y espalda.

Anote sus respiraciones por minuto, durante cinco días cuando esté relajado.

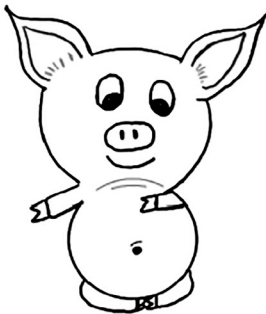
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## Ejercicio 3. Respiración 4-2-8 (niños)

Trompis, el cerdito, solía ponerse ansioso, lo que hacía que no pudiera salir a jugar con los demás cerditos. Como esto no le gustaba, buscó la manera de cambiarlo. Ahora, cuando se siente ansioso, solo debe recordar su pequeña fórmula secreta, la cual ha decidido explicarte.

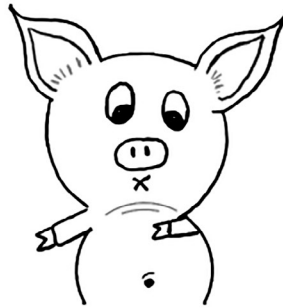


4



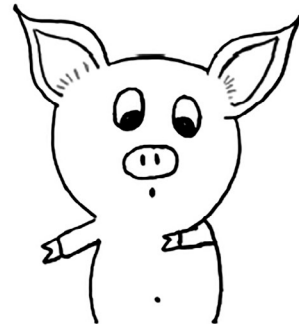
Primero, me pongo cómodo; después, coloco mi mano sobre mi pancita para notar cómo se infla cuando respiro. Comienzo a tomar aire como si quisiera oler las flores, contando 4 segundos.

2



Después, durante 2 segundos no dejo que se escape nada de aire.

8



Finalmente, saco lentamente durante 8 segundos todo el aire que se había quedado en mi pancita, como cuando intento apagar las velitas del pastel.

Fuente: Smith (2009)





# Estrés

## Objetivo

**Q**ue el consultante conozca en qué consiste el estrés y sus componentes cognitivo, fisiológico y conductual.

## Introducción

El estrés es un sentimiento o tensión física o emocional, compuesto por una serie de reacciones ante situaciones amenazantes, como son los desastres naturales. Entre los indicadores de estrés se pueden mencionar: ritmo cardíaco elevado, hiperventilación, cambios en la temperatura corporal y sudoración. Cuando una persona siente que su vida está en riesgo o se somete de manera crónica a estresores, los síntomas pueden ir desde temblor en las piernas, manos, dificultad para respirar, mareo y hormigueo hasta causar incapacidad para concentrarse, organizarse, trabajar, aprender y disfrutar de la vida; en algunas personas, incluso, puede detener el crecimiento o la reproducción (Sapolsky, 2007).

Diversas investigaciones coinciden en que un modelo de afrontamiento ante el estrés presenta tres momentos (Meichembaum, 1987; Selye, 1960; Cannon, 1916). El primero tiene que ver con la evaluación, en

donde el individuo compara sus habilidades contra las de la adversidad y decide si puede afrontar el evento o debe huir; en casos dramáticos, la persona se queda congelada. Un segundo momento del afrontamiento ante el estrés tiene que ver con que el individuo que ha decidido afrontar puede ir monitoreando los resultados que va obteniendo. Por último, el tercer momento tiene que ver con la autoevaluación, en donde las personas determinan qué tanta eficacia tuvieron al enfrentarse a la adversidad. En estos tres momentos el psicoterapeuta explicará al consultante las respuestas físicas, conductuales, así como las cogniciones o pensamientos asociados al evento altamente estresante.

Durante todo el ejercicio, el discurso del terapeuta deberá transmitir que la gran mayoría de las personas tienen fortalezas para enfrentar el estrés y que cuando este es positivo (eustres) optimiza nuestra capacidad para resolver problemas, agudiza nuestra atención y nos puede volver más eficaces; por el contrario, cuando es negativo (distrés) podemos ver disminuidas nuestras habilidades para enfrentar un problema y las emociones nos desbordan. En este sentido, en situaciones de estrés extremo algunas personas tienden a paralizarse por la emoción, mientras que otras emplean un estilo de afrontamiento dirigido a la solución de problemas.

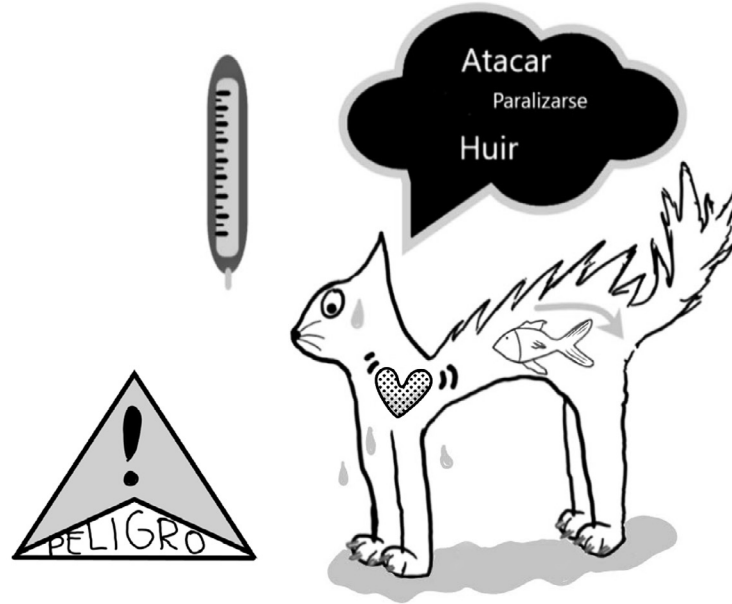
En el caso de los desastres naturales, los cuales se caracterizan por ser vividos con mayor apego social, la sensación de falta de control activa la respuesta de estrés, ansiedad y desesperanza.

### Ejercicio 1. ¿Qué es el estrés? (niños)

La gatita Lucy sabe que cuando nos encontramos en una situación que consideramos peligrosa o difícil, nuestro cuerpo tiene distintas reacciones. Cuando ella se estresa siente cómo su cuerpo se comienza a preparar para una de las tres posibles opciones: atacar, paralizarse o huir. En ese momento, el corazón comienza a latir más rápido, se cancela el hambre y si la panza o la vejiga están llenas podrían vaciarse, así como también darían ganas de orinar urgentemente; se comienza a sudar y la temperatura del cuerpo baja, por lo que es común sentir las manos frías. El puntito negro del ojo (la pupila) se hace grande para poder ver mejor.

Para que puedas visualizarlo Lucy ha dejado un dibujo de cómo se ve estresada:





La gatita Lucy ya nos ha explicado cómo vive ella el estrés. Ahora ella quiere que tú hagas un dibujo para que le expliques qué es lo que sientes cuando estás en una situación que te parece difícil o peligrosa.





## Eventos altamente estresantes

Con frecuencia, las personas que han vivido un desastre natural, a lo largo de su vida y particularmente en los últimos meses, han experimentado otros eventos estresantes que los ponen en mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa. Por tanto, es sumamente importante que el psicoterapeuta conozca a qué eventos de este tipo se ha enfrentado el usuario a lo largo de su vida, y en los últimos tiempos. Existen distintas escalas de eventos vitales altamente estresantes tanto para niños como para estudiantes y adultos, por lo que deberá usarse aquella que sea conveniente con base en el momento del desarrollo en que se encuentra el usuario.

Lejos de que las personas que se han enfrentado a más eventos estresantes sean más fuertes, la resiliencia tiene que ver con haber vivido bajas dosis de eventos altamente estresantes en la infancia (Masten, 2001). Este autor emplea la analogía de las vacunas para explicar a los usuarios la importancia de haber vivido eventos estresantes, las cuales permiten generar anticuerpos para prevenir futuras enfermedades. Asimismo, los eventos estresantes nos ayudan a generar habilidades y recursos para eventos futuros; sin embargo, las personas que han vivido más eventos estresantes están en mayor riesgo de presentar malestar emocional.

En este sentido, es primordial determinar a cuántos eventos altamente estresantes, además del desastre natural, se ha enfrentado el usuario, para, en un segundo momento, intentar identificar cómo los eventos altamente estresantes han ido transformando la concepción que tiene el usuario de sí mismo y sus habilidades, de los demás y del futuro.

### Ejercicio 2. Eventos altamente estresantes (adultos)

Coloque una ✓ frente a aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.


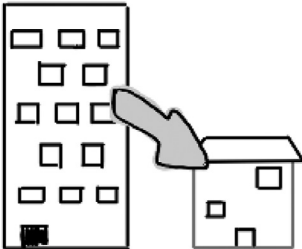
Suceso estresante		✓	Suceso estresante		✓
1	Muerte del conyugue		23	Cambio de responsabilidad en el trabajo	
2	Divorcio		24	Hijo o hija que deja el hogar	
3	Separación matrimonial		25	Problemas legales	
4	Encarcelamiento		26	Logro personal notable	




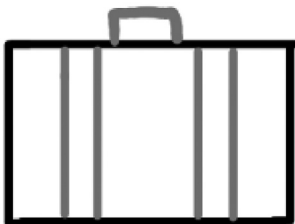

Suceso estresante		✓	Suceso estresante		✓
5	Muerte de un familiar cercano		27	La esposa comienza o deja de trabajar	
6	Lesión o enfermedad personal		28	Comienzo o fin de escolaridad	
7	Matrimonio		29	Cambio en las condiciones de vida	
8	Despido del trabajo		30	Revisión de hábitos personales	
9	Paro		31	Problemas con el jefe	
10	Reconciliación matrimonial		32	Cambio de turno o de condiciones laborales	
11	Jubilación		33	Cambio de residencia	
12	Cambio de salud de un familiar		34	Cambio de negocio	
13	Drogadicción y/o alcoholismo		35	Cambio de actividad de ocio	
14	Embarazo		36	Cambio de actividad religiosa	
15	Dificultades o problemas sexuales		37	Cambio de actividades sociales	
16	Incorporación de un nuevo miembro a la familia		38	Cambio de hábito de dormir	
17	Reajuste de negocio		39	Cambio en el número de reuniones familiares	
18	Cambio de situación económica		40	Cambio de hábitos alimentarios	
19	Muerte de un amigo íntimo		41	Vacaciones	
20	Cambio en el tipo de trabajo		42	Navidades	
21	Mala relación con el cónyuge		43	Leves trasgresiones de la ley	
22	Juicio por crédito o hipoteca		<b>TOTAL DE RESPUESTAS MARCADAS:</b>		

(Holmes &amp; Rahe, 1967).

### Ejercicio 3. ¿Qué me pasó en el último año?

Dibuja una ✓ frente a las cosas que te hayan pasado este año.

Suceso estresante		✓	Suceso estresante		✓
1. Muerte de un familiar o conocido			7. Me mudé de casa		
					

Suceso estresante	✓	Suceso estresante	✓
2. Divorcio de mis papás 		8. Perdí mi juguete favorito 	
3. Lastimarme o enfermarme 		9. Duermo a horas diferentes 	
4. Reconciliación de mis papás 		10. Hubo un cambio en lo que como 	
5. Tener un nuevo hermanito 		11. Salí de vacaciones 	
6. Empecé a ir a la escuela 		12. Celebré navidad 	

Total de respuestas marcadas: \_\_\_\_\_

(Coddington, 1972).

## Estrés postraumático

### Objetivo

**Q**ue el consultante conozca los síntomas estrés postraumático después de un desastre natural, como un sismo, así como los mecanismos que puedan complicar la recuperación.

### Introducción

De uno y hasta de tres meses después de un evento altamente estresante, una persona, o un grupo de ellas, pueden presentar síntomas intensos de ansiedad; con frecuencia, se trata de personas con trastorno por estrés agudo que no han logrado recuperarse. A pesar de sus esfuerzos por continuar con su vida cotidiana, los cuatro bloques de síntomas persisten y generan dificultades en lo académico, en lo laboral y en lo familiar. En este sentido, las personas que vivieron algún evento que ha puesto en riesgo su vida, o que así lo percibieron, presentan síntomas de intrusión, evitación, disociación, hiperactivación y ánimo negativo.

Lo que sucede es que una parte de su razonamiento no logra comprender lo que pasó, y se hace preguntas como: ¿por qué a mí?, ¿por qué ese día?, ¿por qué no podía hacer nada?, ¿por qué no pude detenerlo?, ¿qué hubiera pasado si...?; intenta darle lógica a este evento y colocarlo



en el lugar que corresponde, como una experiencia más de su vida. Otra parte del razonamiento evita recordar el evento, incluso meses después, así como cualquier estímulo relacionado que pueda causarle síntomas de ansiedad. En este intento, por un lado, de darle lógica la situación y, por otro, evitar cualquier estímulo asociado al evento, se dificulta el procesamiento emocional de la experiencia.

Al respecto, tres analogías son útiles para intentar explicar al consultante lo que probablemente ha estado viviendo. La primera tiene que ver con un armario al que se le siguen metiendo cosas, incluso cuando sus puertas están a punto de reventar por el desorden que presenta; lo mejor sería vaciarlo, decidir aquellas prendas que se van a desechar e intentar reorganizar el contenido. Una segunda analogía, especialmente útil para los niños, es relacionarlo con el hecho de que cuando comemos algo que nos sienta mal, nos duele el estómago, tenemos fiebre y el vómito, es decir, sacarlo todo, nos ayuda a sentirnos mejor. La tercera y última analogía, relaciona el evento traumático con la escena de una película que se proyecta una y otra vez en nuestra cabeza, sin que la podamos controlar. Por medio de la terapia de exposición, el consultante narra el evento traumático en repetidas ocasiones en un ejercicio similar al de proyectar una película de principio a fin, de esta manera puede decidir en qué momento poner pausa o retrasarla para comprender bien la escena.

Este será el preámbulo para explicar la utilidad de la psicoterapia de exposición prolongada para atender el estrés postraumático.

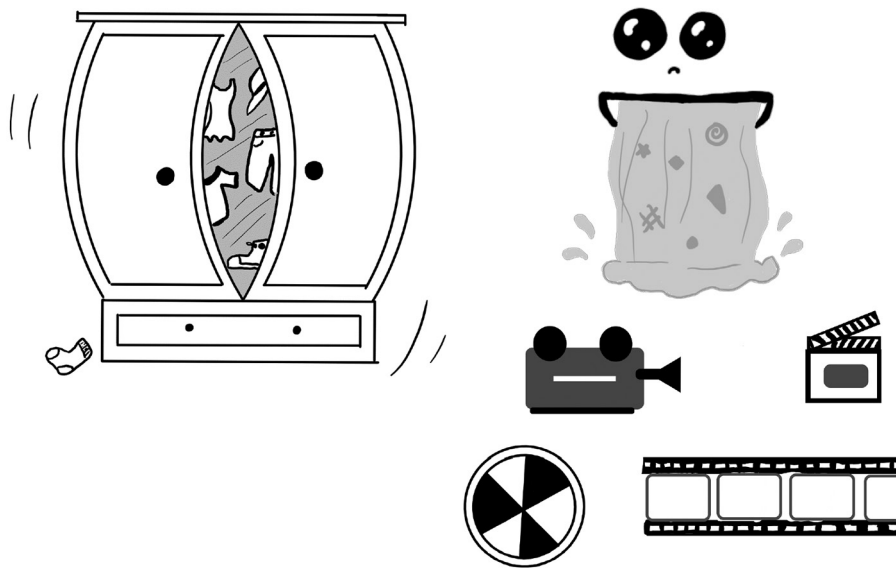


Figura 4.1. Evitación y habituación.


## **Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (APA, 2015)**

- a. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
  1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
  2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otro(s).
  3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
  4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
- b. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
  1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
  2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
  3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s) (estas reacciones se pueden producir de forma continua y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente)
  4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
  5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- c. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
  1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
  2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

- d. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
  - 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
  - 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “estoy mal,” “no puedo confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”, “tengo los nervios destrozados”).
  - 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
  - 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
  - 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. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- e. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
  - 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
  - 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
  - 3. Hipervigilancia.
  - 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
  - 5. Problemas de concentración.
  - 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- f. La duración de la alteración (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- g. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- h. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

## Ejercicio 1. Síntomas de estrés postraumático (niños)

El ratoncito Orejín pasó por un momento difícil. Cuando iba hacia su casa cayó en una trampa, por suerte, alguien lo rescató. Después de esto, comenzó a sentirse diferente. Orejín te contará cómo se siente para que después tú puedas decir cómo te sientes.

1	 <p>Tengo sueños en los que quedo atrapado de nuevo</p>
2	<p>Tengo muchos recuerdos de la nada</p> 
3	 <p>Ya no uso mi playera favorita, porque la tenía puesta ese día</p>
4	<p>Me asusto con más facilidad que antes, y más aún si sucede algo que me recuerde cuando quedé atrapado</p> 
5	 <p>Estoy triste todo el tiempo</p>

(APA, 2015).

Ahora, Orejín quiere que le cuentes lo que te ha pasado a ti, por eso te deja estos espacios para que también hagas tus dibujos. Puedes usar nubecitas para escribir lo que pasó por tu mente o aquello que pensaste. También puedes incluir qué sentías en tu cuerpo. Puedes hacer todos los dibujos que necesites.



1	
2	
3	
4	
5	

## Planeación del tratamiento

A continuación, se presenta un esquema, por sesión, de una propuesta de tratamiento para una persona que ha vivido un evento altamente estresante, como un sismo.

La primera fase del tratamiento tiene que ver con brindar primeros auxilios psicológicos y monitorear el caso durante los meses siguientes. Una vez establecido el diagnóstico de estrés postraumático, utilizando instrumentos válidos y confiables, adaptados para población mexicana, se sugiere comenzar por la psicoeducación sobre el trastorno; para ello, el psicoterapeuta deberá de explicar cada uno de los síntomas, para poder dar paso a la construcción de jerarquías de situaciones que ha estado evitando a partir del evento. Acto seguido, se explicará en qué consiste el modelo de la terapia de exposición, así como los principios generales de la terapia cognitivo conductual.

Durante las sesiones siguientes, se sugiere utilizar la terapia de exposición prolongada, exponiendo a la persona, por medio de la imaginación, al evento traumático y, en una segunda fase, a la escena más dolorosa o más desagradable de recordar. Durante toda la exposición el psicoterapeuta estará preparado para desmenuzar las creencias centrales que se activaron durante el evento traumático, tratando de identificar los pensamientos distorsionados y hacer una reestructuración de ellos.

En caso de encontrar sintomatología depresiva o ideación suicida, se sugiere llevar a cabo técnicas de activación conductual y relajación, así como un plan de seguridad. Por último, el consultante deberá trabajar la resiliencia partiendo de las atribuciones pesimistas que ha presentado y cambiándolas por unas más optimistas, para terminar haciendo una lista de los recursos con los que cuenta para salir adelante y que le han ayudado a sobreponerse a las adversidades en el pasado.

Cuadro 4.1. Esquema del plan de tratamiento de TEPT

Sesión	Objetivo	Tarea
<b>1</b>	Entrevista inicial KSADS /MINI / TQ	Datos generales, consentimiento informado, límites de la confidencialidad
<b>2</b>	Exposición del modelo	Infografía
<b>3</b>	Jerarquía de situaciones evitadas	Pensar en más situaciones, estímulos, personas evitadas
<b>4</b>	Primera exposición, desmenuzar/ Terapia narrativa para TEPT	Exposición en vivo en casa, escuchar relato
<b>5-9</b>	Exposición	Exposición en vivo en casa, escuchar relato
<b>9-16</b>	Exposición puntos álgidos, desmenuzar	Exposición en vivo en casa, escuchar relato
<b>17</b>	Exposición narración completa	

## Línea de tiempo

### Objetivo

**I**dentificar las creencias sobre sí mismo, el futuro y los demás, que aparecieron y se activan en los eventos altamente estresantes.

### Introducción

Un evento traumático reciente puede activar creencias que tienen una historia en la vida de los individuos. En ese sentido, el psicoterapeuta apoyará a la persona a identificar situaciones de riesgo y a poner énfasis en las creencias que aparecieron y han seguido alimentando a lo largo de los años.

Es común encontrar personas con antecedentes de violencia intrafamiliar o abuso sexual, que desarrollaron una creencia distorsionada de sí mismos, del futuro y de los demás, es entonces cuando el evento traumático reactiva estas creencias. La labor del psicoterapeuta es demostrar a la persona que en diversas ocasiones estas creencias son fruto de la confusión asociada a dichos eventos estresantes. De igual manera, es frecuente confundir el grado de control o de responsabilidad que se



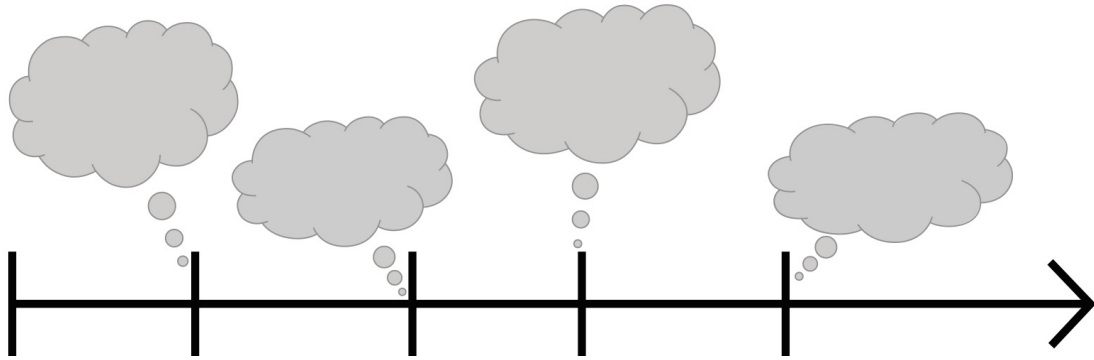
tenía sobre el evento, o bien, evaluar negativamente el desempeño de uno mismo durante la situación estresante. El psicoterapeuta, apoyado en la triada cognitiva, intentará indagar junto con la persona la visión de él o ella misma, la del futuro y la de los demás a partir de los eventos altamente estresantes, con especial atención en los pensamientos, creencias, actitudes y supuestos lógicos a los que llegó y que serán trabajados en la psicoterapia. Ejemplos de estos pensamientos son: “debí de haber prevenido esto”, “soy débil”, “es horrible no poder hacer nada”, “si actúas mal una vez te condenas para siempre”, “las personas te abandonan”, “si no puedes hacer nada entonces la vida no vale la pena”, entre otras. Es útil recordar a la persona que estas creencias también tienen un componente de aprendizaje al interior de la familia.

A continuación, se presenta un ejemplo de una secuencia temporal de eventos que catalizaron una crisis, con énfasis en la identificación de distorsiones cognitivas.

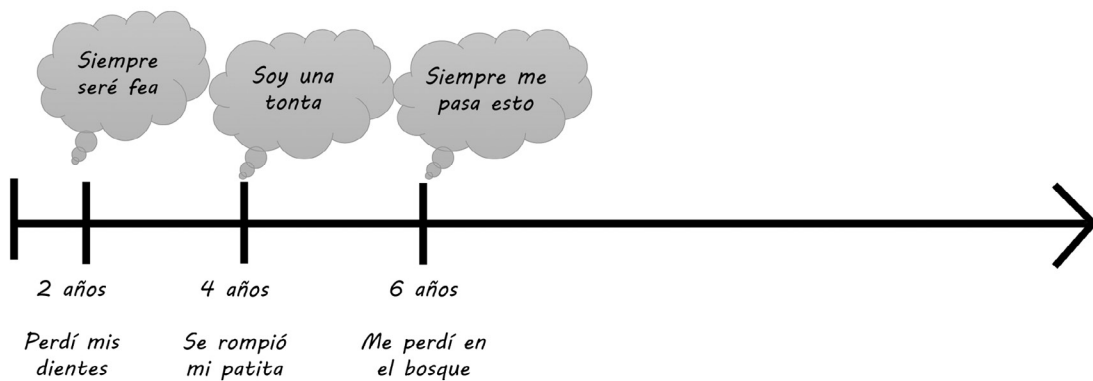


### Ejercicio 1. Línea de tiempo (adultos)

Elabore usted su propia secuencia de eventos; use las nubes de pensamientos para anotar lo que pasó por su mente en ese momento y los globos de diálogo para anotar el acontecimiento que detonó dichos pensamientos. Si necesita más nubes o globos puede dibujarlos.

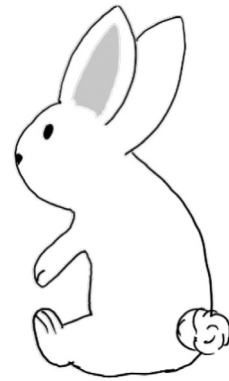
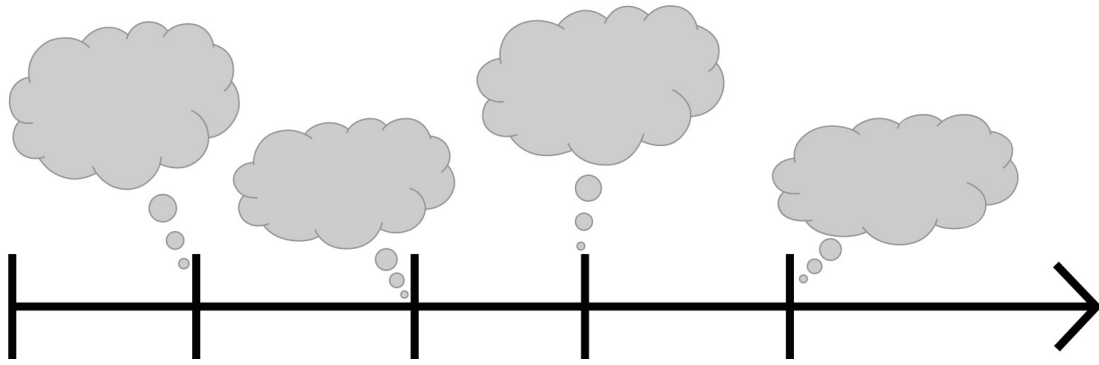


Quando Boni, la coneja, tiene días complicados y se siente triste o enojada, suele hacer una línea de tiempo para ver qué sucedió y qué es lo que ella hizo o pensaba.



## Ejercicio 2. Línea de tiempo (niños)

Ahora te toca a ti contarle a Boni los eventos difíciles a los que te has enfrentado en los últimos meses. Usa los espacios que necesites (si el niño no sabe escribir el terapeuta puede instruirle para realizar dibujos y luego contarlos).



## Jerarquía de evitación

### Objetivo

**Q**ue el usuario construya la jerarquía de situaciones que ha evitado a partir del evento traumático.

### Introducción

Después de un evento altamente estresante o traumático, como un desastre natural, es común que las personas comiencen a evitar estímulos asociados al evento o inclusive hablar de él o recordarlo. La terapia de exposición tiene como hipótesis central que si la persona tiene contacto con estos estímulos de manera gradual y repetida logrará activar el miedo y poco a poco comenzará habituarse a las sensaciones desagradables que generan la ansiedad.

En el presente ejercicio, el consultante realizará una lista de las situaciones, personas o estímulos asociados al evento altamente estresante que ha estado evitando en un intento por tomar distancia del malestar que le ha generado. Junto con el psicoterapeuta, construirá en una jerarquía en donde las situaciones van de un rango 0 a 10, en el que cero significa ningún síntoma y 10 el nivel más alto de ansiedad que ha presentado el usuario. Esta jerarquía será útil para que, de forma



gradual, semana por semana, pueda exponerse a estas situaciones en la medida de lo posible.

### Ejercicio 1. Jerarquía de miedos (adultos)

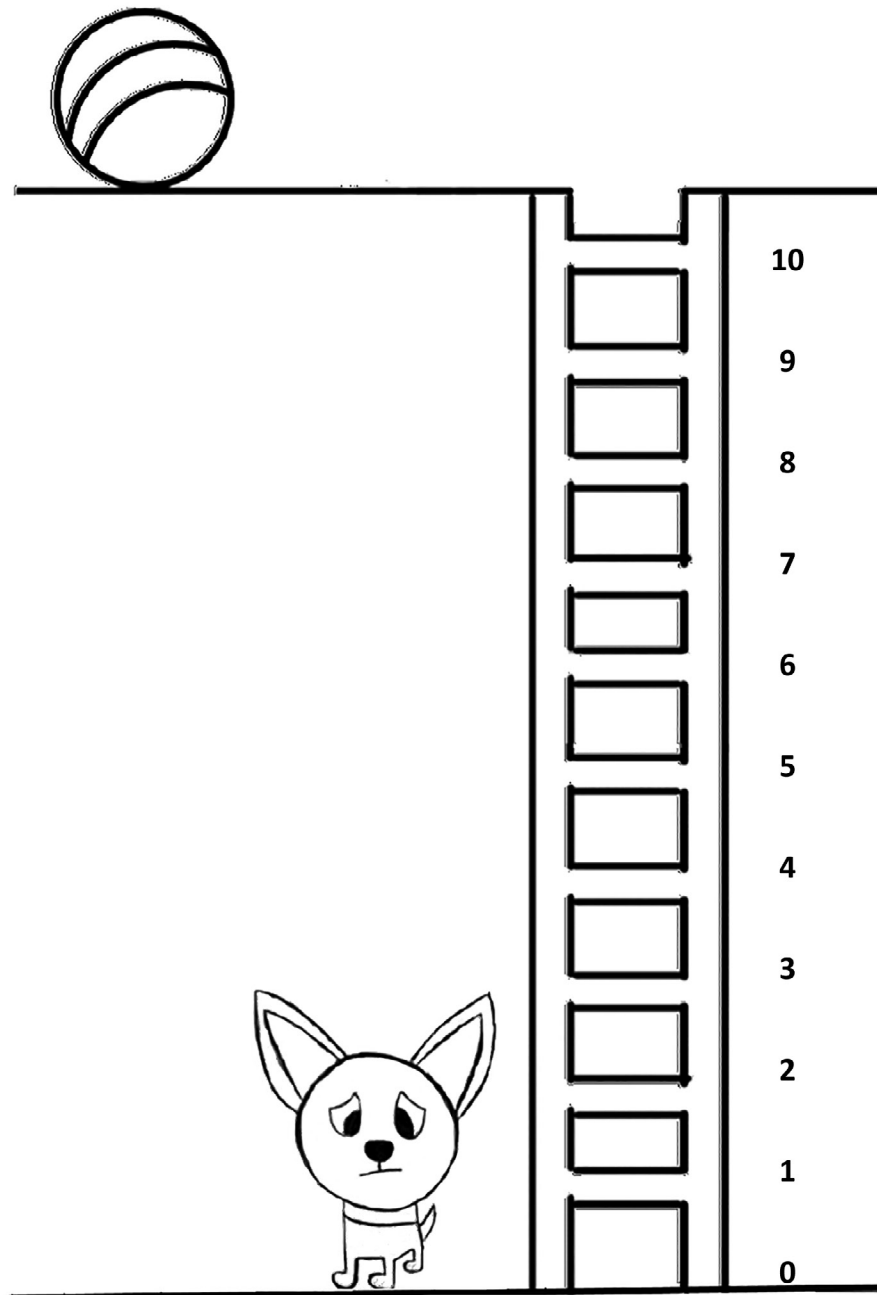
A continuación se presenta una escalera que le ayudará a definir los lugares, situaciones y actividades que le generan miedo y conductas de evitación. Puede llenarla de abajo hacia arriba comenzando con las cosas que no le causan miedo e ir avanzando hasta las que evita completamente porque le causan terror. Esta jerarquía se trabajará para exponerlo poco a poco a partir de la mitad de la escalera.

	10
	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
	1

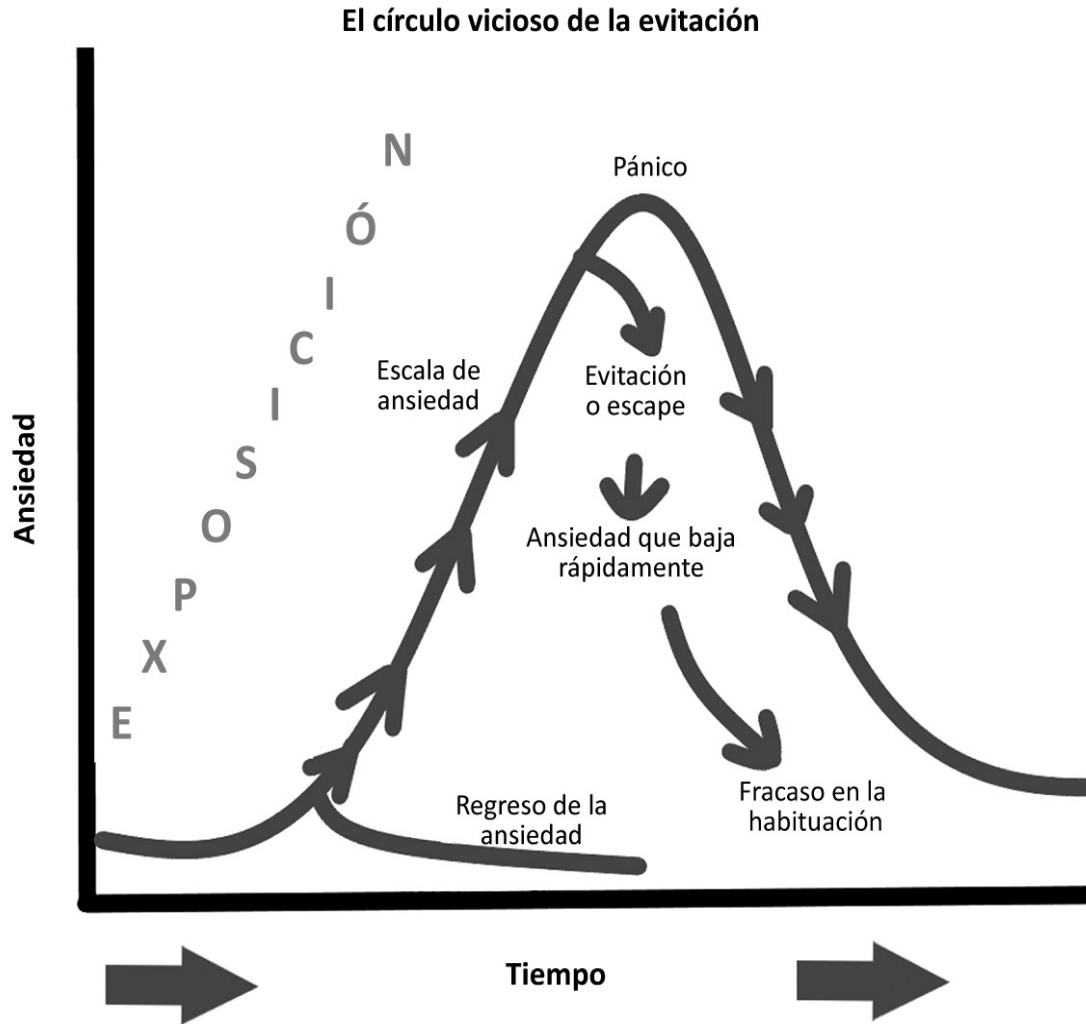
(Foa, Chrestman, & Gilboa, 2008)

## Ejercicio 2. Escalera del miedo (niños)

Usando la escalera del miedo, ayuda a Ansi, el chihuahua, a describir todas las cosas que tuvo que hacer para alcanzar su pelota y lo que pasó por su mente en cada escalón. Dibuja cómo crees que se siente antes de subir cada escalón.



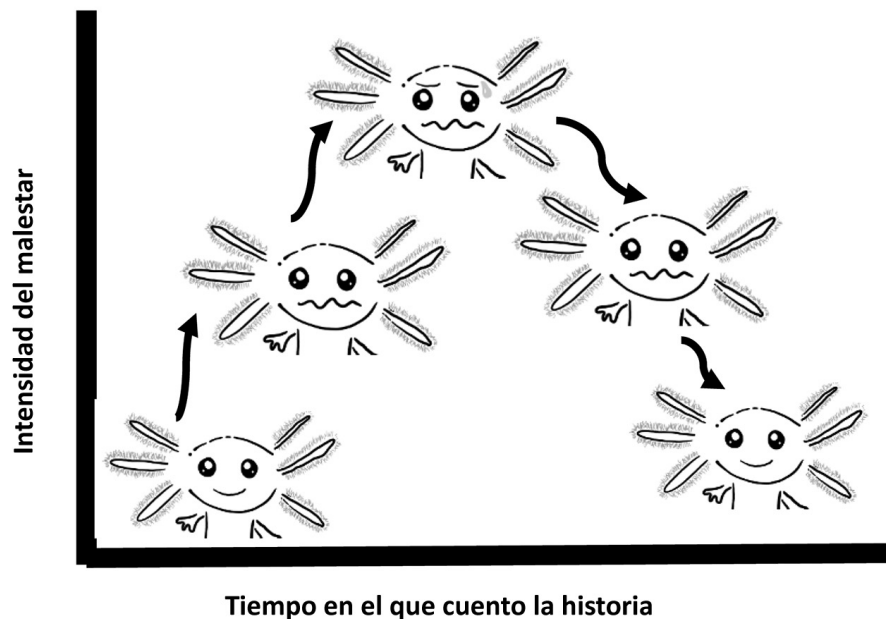
(Foa, Chrestman, & Gilboa, 2008)



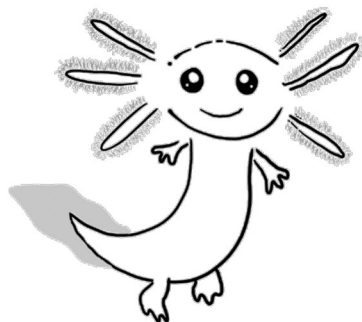
## Recordar no es malo

Cuando hablamos o recordamos aquello que nos causó malestar solemos tener de nuevo sensaciones desagradables. Pero si lo recordamos o hablamos varias veces y no olvidamos que los recuerdos no pueden hacernos daño, las sensaciones desagradables comienzan a disminuir.

Iván, el ajolote, ha hecho esto antes y te va a mostrar cómo se siente con el paso el tiempo.



*Como puedes notar, antes de contarlo me siento bien, y cuando empiezo a hablar siento malestar, en un momento de la historia este es más intenso, pero como los recuerdos no pueden dañarme comienzo a sentirme mejor.*





### Forma de registro de la tarea de exposición imaginaria

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Por favor, recuerda tus unidades subjetivas de ansiedad y califícalas en una escala de 0 a 100 (donde 0 = no sientes malestar y 100 = tienes un malestar máximo, ansiedad y pánico) antes y después de que escuches la cinta y te hayas imaginado la situación.

Cinta n.º: \_\_\_\_\_

Fecha y hora					
Unidades Subjetivas de Ansiedad	Antes				
	Después				
	Punto máximo				

(Foa, Chrestman, & Gilboa, 2008).



### Formulario de registro de tareas de exposición en vivo

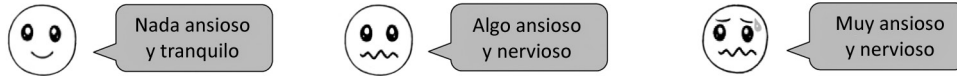
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Situación que practicaste: \_\_\_\_\_

Fecha y hora	Unidades Subjetivas de Ansiedad		
	Antes	Después	Punto máximo
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

### Ejercicio 3. ¡Podemos hacerlo! (niños)

Es tu turno de recodar o contar lo que sucedió y registrar cómo te sentiste. Para que sea más fácil, Iván lo hará primero. Además, va a dibujarte unas caritas para que encierres en un círculo con cuál de ellas te sentiste identificado y abajo escribas lo que sentías en tu cuerpo. Recuerda que la ansiedad por sí misma disminuirá si no te escapas.



Fecha	Antes de contarlo/ recordarlo	Momento en el que peor me sentí	Después de contarlo/ recordarlo
3 de abril de 2018	 Estaba tranquilo y no pasaba nada en mi cuerpo	 Comencé a sentir frío, me temblaban las manos, sude y mi corazón latía muy rápido.	 Sudaba menos y mi corazón latía más despacio

(Foa, Chrestman & Gilboa, 2008).





## Registro ABC

### Objetivo

Que el usuario comprenda la relación entre acontecimientos activadores, pensamientos y consecuencias, y cómo estos cambian de persona a persona.

### Introducción

En 1973, Albert Ellis presentó un modelo ampliamente difundido que plasma la hipótesis central de la psicoterapia cognitivo-conductual. El modelo denominado ABC resume la relación que tienen los *eventos* (A), situaciones, recuerdos, en los *pensamientos* (B, beliefs en inglés), interpretaciones, creencias, cogniciones, y estos finalmente en las *consecuencias* (C), pudiendo ser conductuales, emocionales o fisiológicas (Ellis, Grieger y Marañón, 1990).

Enfrentarse a un desastre natural implica entender, en pocos minutos, lo que está sucediendo, las consecuencias que puede traer el evento, sacar los recursos disponibles para intentar, en diversas ocasiones, sobrevivir o prevenir un mayor desastre; es decir, intentar afrontarlo de la manera más eficiente. Cada persona enfrenta estos eventos con base en sus recursos, los cuales tienen que ver con lo aprendido durante la crianza, su temperamento, su carga hereditaria, los eventos estresantes







que ha vivido, el capital cultural con el que cuenta, su coeficiente intelectual, entre otros. En resumen, durante un desastre natural se activa en las personas una serie de pensamientos e interpretaciones que, a su vez, activarán emociones y respuestas fisiológicas; todo lo anterior en función de su historia.

La presente actividad permitirá al psicoterapeuta ayudar al usuario a comprender las diferentes interpretaciones que otras personas expuestas al mismo evento tuvieron y cómo sus emociones fueron diferentes o incluso de menor intensidad; asimismo, que la respuesta fisiológica y conductual está asociada a estas interpretaciones.

A continuación, se presentan dos ejemplos que explican la relación entre acontecimientos activadores, pensamientos y consecuencias.

### ¿Cómo lo ven los demás? Ejemplo

Cuando nos sucede algo (A), llegamos a tener pensamientos (B) y estos hacen que nos sintamos de alguna forma (C). En estas situaciones, llegamos a creer que lo que pensamos es la única forma de ver las cosas.




A	B	C
Cuando sonó la alarma salí corriendo lo más rápido posible y no ayudé a salir a nadie más	 <p><b>Yo:</b> no sé cómo actuar ante un desastre y dejé que los demás corrieran peligro</p>	 <p>Feliz: 1    Triste: 7    Culpable: 7</p>
	 <p><b>Manuel:</b> no debí correr, pero lo importante era ponerme a salvo</p>	 <p>Feliz: 4    Triste: 4    Ansioso: 6</p>
	 <p><b>Ana:</b> nadie salió lastimado y todos evacuamos rápidamente</p>	 <p>Feliz: 8    Triste: 2    Ansioso: 2</p>

(Seligman, 2007)



### Ejercicio 1. ¿Cómo lo ven los demás? (adultos)

Con base en el ejemplo anterior, completa el cuadro siguiente con la manera en que alguien más que conozcas vería el evento estresante; puedes dibujarlos o escribir qué sensaciones pasaban por tu cuerpo al momento del evento.

A	B	C
		
		
		

## Autorregistro ABC. Ejemplo

Acontecimiento	Pensamiento/creencia/ procesamiento de la información	Consecuencias
¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿En dónde estaba? ¿Quién estaba conmigo?	¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué imaginé? Encierre en un óvalo aquel pensamiento que le cause mayor malestar y evalúe la creencia del mismo (0-100)	¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?
El día 19 a la 1:10 pm estaba en el salón de clase con mis amigos	<u>Vamos a morir</u> 100 No sé qué hacer ¿Cómo es posible que esto esté sucediendo? <u>Me quedaré aquí para siempre</u> 90	Ansiedad: 9 Tristeza: 8 Desesperanza: 7

(Greenberg y Padesky, 1998)



## Ejercicio 2. Autorregistro ABC (adultos)


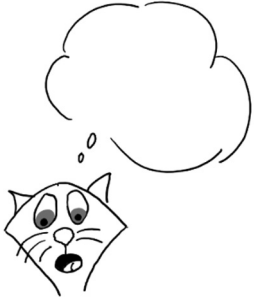

Con base en el ejemplo anterior, complete el cuadro siguiente.

Acontecimiento	Pensamiento/creencia/ procesamiento de la información	Consecuencias
¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿En dónde estaba? ¿Quién estaba conmigo?	¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué imaginé? Encierre en un óvalo aquel pensamiento que le cause mayor malestar y evalúe la creencia del mismo (0-100)	¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?

(Greenberg y Padesky, (1998)

### Autorregistro ABC. Ejemplo (niños)

Cuando algo nos ocurre (A), solemos pensar mucho en ello (B), y esos pensamientos llegan a hacernos sentir de alguna manera (C). Al pequeño gato Bigotes le suele pasar y quiere compartir contigo lo que le sucedió para que después tú le cuentes lo que te ha sucedido. Para facilitarte la tarea te dejaré algunas preguntas.

A	B	C
<p>¿Qué día era? ¿Dónde y con quién estaba?</p>  <p>Corría detrás de un ratón, pero este logró esconderse</p>	<p>¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué imaginé?</p>  <p>Eso me hizo imaginar y pensar muchas cosas, entre ellas: “soy muy lento”, “jamás seré un buen cazador”</p>	<p>¿Qué emociones sentí? ¿Qué cosas hice? ¿Qué pasaba en mi cuerpo?</p>  <p>Lo que ocasionó que me sintiera triste, ansioso y me pusiera a llorar.</p>

(Greenberg y Padesky, 1998).

### Ejercicio 3. Autoregistro ABC (niños)

El gato Bigotes ya te ha contado su historia, ahora está muy interesado en conocer la tuya. Completa el cuadro siguiendo el ejemplo anterior.

A	B	C
¿Qué día era? ¿Dónde y con quién estaba?	¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué imaginé?	¿Qué emociones sentí? ¿Qué cosas hice? ¿Qué pasaba en mi cuerpo?

(Greenberg y Padesky, 1998).





# Pensamientos automáticos

## Objetivo

**Q**ue el usuario identifique los pensamientos automáticos que surgen a partir de una situación estresante.

## Introducción

Cuando una persona se enfrenta a un evento traumático intenta explicarse el porqué atraviesa por dicho suceso. Diversas explicaciones surgen en forma de pensamientos y es común intentar prevenir consecuencias futuras planeando mentalmente en forma de imágenes, o bien, hacer predicciones sobre si van a lograr sobrevivir o no al evento traumático. El psicoterapeuta ayudará al consultante a identificar todos aquellos pensamientos que surgieron durante el evento traumático y a clasificarlos con base en dos grupos: adaptativos y desadaptativos.

Para ello, utilizando una imagen en donde hay globos de pensamiento, intentaremos preguntarle al consultante qué pasaba por su mente justo cuando se enfrentó al momento estresante y qué se imaginó; casi siempre se tienen los dos grupos de pensamientos, sin embargo, cuando predomina la ansiedad es porque la creencia en los de tipo desadaptativo



es mayor. En un momento más avanzado de la psicoterapia, se podrá identificar que los pensamientos desadaptativos probablemente están relacionados con un estilo de crianza particular o se parecen a lo que sus padres o cuidadores pensarían con respecto a lo que le pasa al consultante.

### Ejercicio 1. Pensamientos automáticos



## Debate socrático

La reestructuración cognitiva es la técnica más empleada para cambiar los pensamientos automáticos que son poco adaptativos y que crean malestar emocional. Si bien es importante que el psicoterapeuta identifique que en una situación estresante hay pensamientos automáticos útiles, con frecuencia encontramos en la hipótesis central de la psicoterapia cognitivo-conductual, que los pensamientos automáticos en aquellas personas que presentan estrés agudo después de un desastre natural tienden a ser catastróficos, sesgados, poco adaptativos o distorsionados.

Algunos autores coinciden en que patrones consistentes de distorsiones cognitivas pueden ser identificados en personas que presentan ansiedad, por ejemplo, sacar conclusiones apresuradas y adelantarse a las situaciones. Otros autores hablan de la rumiación cognitiva que caracteriza a la ansiedad, la cual tiene que ver con pensar en todos los posibles desenlaces negativos que podría tener la situación e intentar con anticipación generar mentalmente un plan de solución para cada uno de ellos. Finalmente, la distorsión en la predicción del desempeño se presenta cuando una persona con ansiedad rasgo, tiende a estimar un peor desempeño del que normalmente tiene. Las personas que presentan sintomatología depresiva tienden a tener una distorsión en la predicción de la satisfacción, apatía y usan algunas distorsiones cognitivas, como la sobregeneralización.

En esta sesión, utilizando algunas preguntas clave, que Aaron Beck cita en su libro sobre trastornos de ansiedad de 1985, el psicoterapeuta apoyará al consultante a identificar sus pensamientos automáticos, especialmente aquellos que le causan mayor malestar e intentar debatirlos. Se espera que después del debate la creencia en dichos pensamientos sea menor y tenga como efecto un cambio en las emociones.

### Ejercicio 1. Debate socrático

¿Qué evidencia tengo?

---

---

---

---

---

¿Cuál es la lógica?

---

---

---

---

---

¿Qué tengo que perder?

---

---

---

---

---

¿Qué tengo que ganar?

---

---

---

---

---

¿Qué sería lo peor que puede pasar?

---

---

---

---

---

¿Qué puedo aprender de esta experiencia?

---

---

---

---

---

¿Cuál sería otra forma de ver esta situación?

---

---

---

---

---

Y si sucede, ¿qué?

---

---

---

---

---



Tlacuache Socrático

(Beck, Emrey & Greenberg, 2005)

## Registro ABCDE

### Objetivo

**Q**ue el usuario aprenda a debatir los pensamientos que le causan malestar emocional.

### Introducción

Una vez que el usuario ha comprendido la relación que existe entre los acontecimientos activadores, los pensamientos y las consecuencias, estará en condiciones para identificar aquello que pensó inmediatamente después de que sintió malestar emocional, así como si este pensamiento es catastrófico o poco adaptativo, y si en lugar de ayudar a enfrentar una adversidad interfiere con el desempeño.

Con esta actividad, el psicoterapeuta apoyará al usuario a cuestionarse a sí mismo sobre los pensamientos que generó la adversidad y a intentar debatirlos (D), para que, a partir de este debate, surja un (E) efecto tanto fisiológico como conductual y emocional diferente a los pensamientos (B) iniciales.

## Autorregistro ABCDE. Ejemplo

Acontecimiento	Pensamiento/ creencia/ procesamiento de la información	Consecuencias	Debate	Efecto
<p>¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿En dónde estaba? ¿Quién estaba conmigo?</p>	<p>¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué me imaginé? Encierre en un óvalo aquel pensamiento que le cause mayor malestar y evalúe la creencia del mismo (0-100)</p>	<p>¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?</p>	<p>¿Qué evidencia tengo para pensar que lo que estoy pensando es verdad?</p>	<p>(0-10) ¿Cómo me siento ahora? ¿Haría lo mismo otra vez? ¿Mi cuerpo reaccionaría igual? ¿Sigo creyendo con la misma intensidad en ese pensamiento?</p>
<p>El día 19 a la 1:10 pm, estaba en el salón de clase con mis amigos</p>	<p><b>Vamos a morir</b> 100</p> <p>No sé qué hacer</p> <p>¿Cómo es posible que esto esté pasando?</p> <p><b>Me quedaré aquí para siempre</b> 90</p>	<p>Ansiedad: 9 Tristeza: 8 Desesperanza: 7</p>	<p>Aunque es un evento riesgoso no puedo asegurar que vaya a morir Siguiendo los protocolos puedo salir ileso</p>	<p>Ansiedad: 7 Tristeza: 6 Desesperanza: 5</p>








## Ejercicio 1. Autorregistro ABCDE (adultos)

Acontecimiento	Pensamiento/ creencia/ procesamiento de la información	Consecuencias	Debate	Efecto
¿Qué día era? ¿Qué hora era? ¿En dónde estaba? ¿Quién estaba conmigo?	¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué me imaginé? Encierre en un óvalo aquel pensamiento que le cause mayor malestar y evalúe la creencia del mismo (0-100)	¿Qué emociones sentí? (0-10) ¿Qué conductas realicé? ¿Qué respuestas físicas noté en mi cuerpo?	¿Qué evidencia tengo para pensar que lo que estoy pensando es verdad?	(0-10) ¿Cómo me siento ahora? ¿Haría lo mismo otra vez? ¿Mi cuerpo reaccionaría igual? ¿Sigo creyendo con la misma intensidad en ese pensamiento?

## ABCDE. Ejemplo 2

¿Recuerdas al gato Bigotes? Después de que sus pensamientos (B) hacen que reaccione de alguna forma (C) que no le gusta, existe una opción más, que es pensar si existe evidencia de que los pensamientos son verdad (D) y esto lo hace sentirse diferente (E). Bigotes terminará de contarte su historia, para que después tú termines de contar la tuya.

A	B	C	D	E
<p>¿Qué día era? ¿Dónde y con quién estaba?</p>  <p>Primero corría detrás de un ratón, pero este logró escondese.</p>	<p>¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué imagine?</p>  <p>Eso me hizo imaginar y pensar muchas cosas, entre ellas: "soy muy lento", "jamás seré un buen cazador"</p>	<p>¿Qué emociones sentí? ¿Qué cosas hice? ¿Qué pasaba en mi cuerpo?</p>  <p>Lo que ocasionó que me sintiera triste, ansioso y me pusiera a llorar.</p>	<p>¿Qué pruebas tengo para pensar que lo que he pensado es verdad?</p>  <p>Realmente el ratón fue más rápido esta vez, pero ya he atrapado otros antes.</p>	<p>¿Cómo me siento ahora? ¿Sigo creyendo en ese pensamiento?</p>  <p>Ahora que pienso diferente no me siento tan triste, ya solo me siento un 2. Cada que hago esto me siento mejor.</p>

(Greenberg & Padesky, 1998).

## Ejercicio 2. TU ABCDE (niños)

¿Recuerdas el final de la historia del gato Bigotes? Ahora quiere que tú también termines de contar la tuya.

A	B	C	D	E
¿Qué día era? ¿Dónde y con quién estaba?	¿Qué pasó por mi mente en ese momento? ¿Qué imagine?	¿Qué emociones sentí? ¿Qué cosas hice? ¿Qué pasaba en mi cuerpo?	¿Qué pruebas tengo para pensar que lo que he pensado es verdad?	¿Cómo me siento ahora? ¿Sigo creyendo en ese pensamiento?





## Espiral de la depresión

### Objetivo

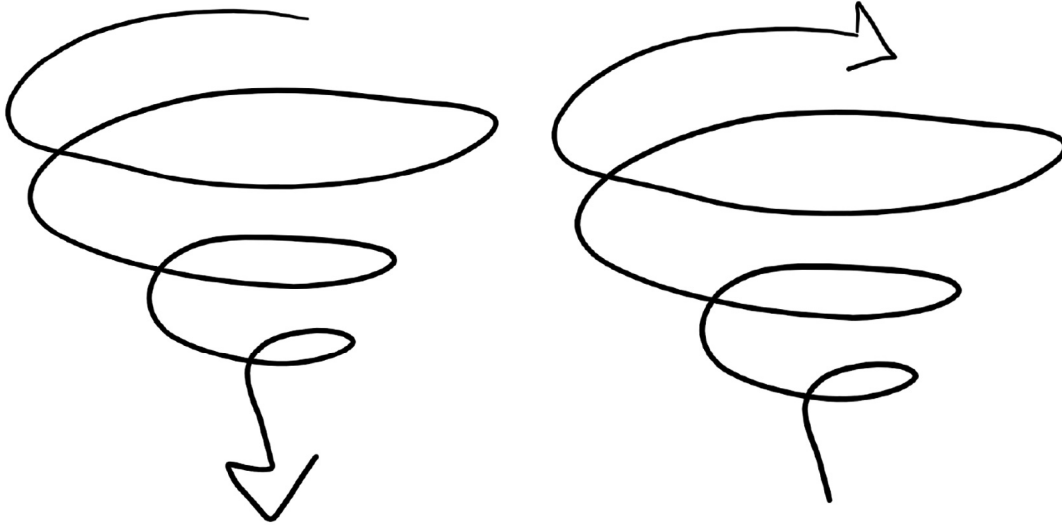
**Q**ue la persona conozca en qué consiste la activación conductual y cuál es el principio que explica esta técnica.

### Introducción

La activación conductual es una de las técnicas que mayor efectividad ha mostrado para atender personas que presentan sintomatología depresiva. Al ser esta una problemática frecuente en personas con síntomas de ansiedad o trauma, el espiral de la depresión es una manera sencilla de explicarles a los consultantes la importancia de recuperar las actividades que les generan placer o interés.

Cuando una persona presenta una actitud depresiva comienza a perder el placer y el interés en las actividades que antes le gustaban, su ánimo decae todo el día o la mayor parte, durante los últimos 15 días. Con esta actividad, el terapeuta transmitirá al consultante que mantenerse inactivo puede empeorar su estado de ánimo, pues retroalimenta la sintomatología depresiva.





Si me siento mal, hago menos.  
Si hago menos, me siento peor.  
Si me siento peor, hago menos.

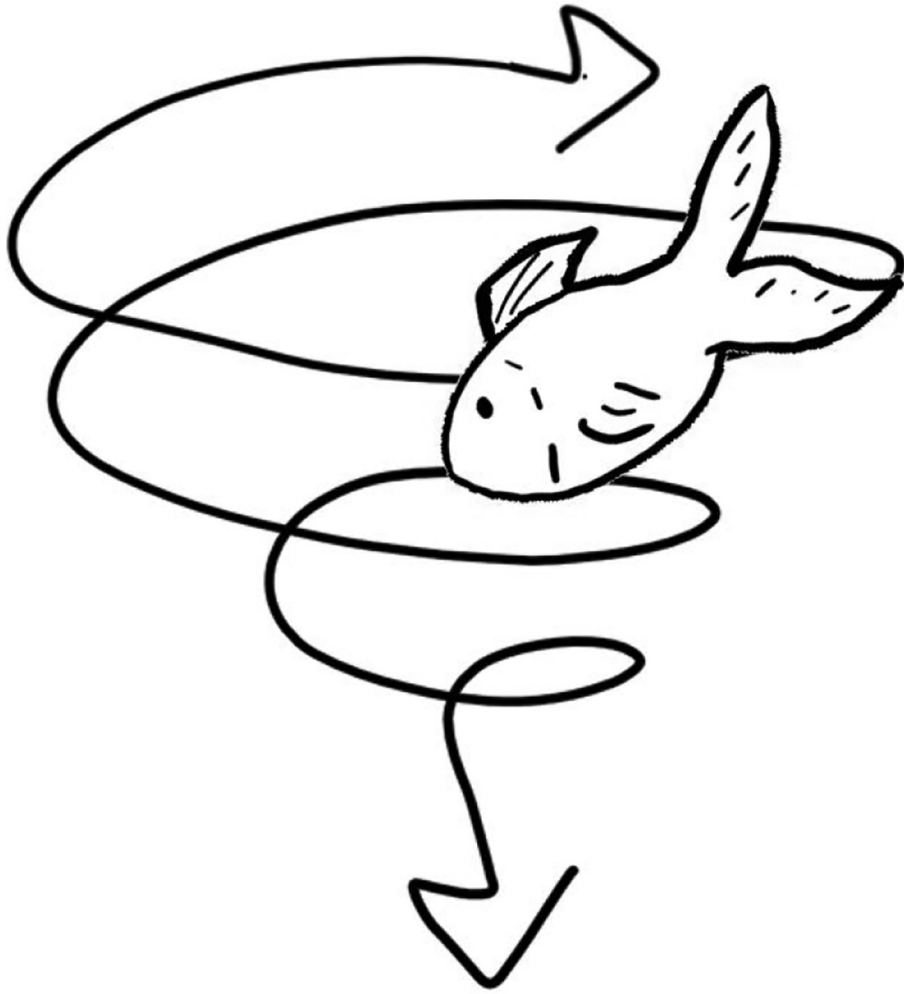
Si hago poquito, me siento mejor.  
Si me siento mejor, hago más.  
Si hago más, me siento mejor.

(Adaptado de Lewinsohn, 1974)

Figura 10.1. Espiral de la depresión.

### Ejercicio 1. ¡No dejes que el remolino se lleve a Doradita!

Doradita, la pececita, sabe muy bien qué es la depresión, pero también conoce la forma de librarse de ella. Para Doradita, la depresión es como cuando entra en un gran remolino, si no hace nada para evitarlo se hunde; por el contrario, entre más nade, más rápido logra salir del remolino y seguir su camino. Sin embargo, no es tan fácil, ya que la depresión hace que Doradita no quiera nadar, pero al saber esto, ella sabe que debe ignorarla y nadar lo más rápido que pueda.



(Adaptado de Lewinsohn, 1974)



# Distorsión en la predicción de la satisfacción

## Objetivo

**D**emostrar, mediante un experimento conductual, la distorsión en la predicción de la satisfacción que caracteriza a la sintomatología depresiva.

## Introducción

Cuando una persona está deprimida tiende a predecir distorsionadamente cuánto interés o placer va a obtener de las actividades, es normal que estimen menos satisfacción de la que realmente obtienen. Para ello, el terapeuta recomendará a la persona llevar un registro de actividades potencialmente agradables, que pueda realizar todos los días, algunas de ellas solo y otras acompañado (salir a caminar, visitar a un amigo, hacer ejercicio, entre otros).

Con este ejercicio, la persona observará que, de manera consistente, la tristeza le invita a posponer las actividades, y que después del experimento conductual muy probablemente obtuvo más satisfacción de la que predijo. Por su parte, el psicoterapeuta acompañará al consultante a llegar a la conclusión de que es importante activarse y que no son confiables las predicciones que se hacen desde la tristeza; asimismo, que



las actividades agradables son autorreforzantes y van en contra de la rumiación cognitiva que caracteriza a la sintomatología depresiva.


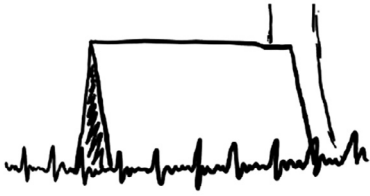
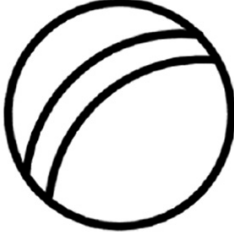

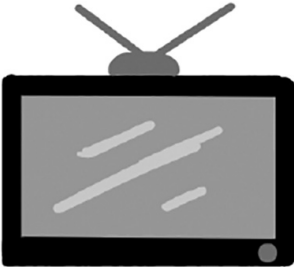


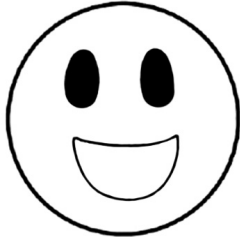
Para complementar y monitorear este ejercicio, como tarea, el consultante realizará actividades de activación conductual y una planeación de las actividades por la noche, con ello podrá comprobar que, en general, obtuvo mayor satisfacción de la que predijo (Cuadro 11.1).

Cuadro 11.1. Lista de actividades potencialmente agradables

1	Salir a caminar	26	Ir a la playa
2	Bailar	27	Arreglarse
3	Andar en bicicleta	28	Dibujar
4	Nadar	29	Actuar en una obra
5	Leer	30	Ayudar a otros
6	Correr	31	Bañarse
7	Ver una película	32	Visitar a alguien
8	Escuchar música	33	Comer dulces
9	Cantar	34	Ver videos
10	Reír	35	Salir a una plaza
11	Hacer ejercicio	36	Estar con familiares
12	Salir con amigos	37	Jugar futbol
13	Hablar por teléfono	38	Ver fotos
14	Recibir un masaje	39	Practicar zumba
15	Tomar una siesta	40	Manejar
16	Cocinar	41	Contar un chiste
17	Comer	42	Ir al cine
18	Escribirle a un amigo	43	Comer un helado
19	Leer un libro	44	Observar la naturaleza
20	Plantar un árbol	45	Mirar el cielo
21	Comprar ropa	46	Acostarse en el pasto
22	Dormir	47	Hacer una fiesta
23	Ir al campo	48	Ir de vacaciones
24	Montar a caballo	49	Jugar juegos de mesa
25	Jugar con tu mascota	50	Construir algo (manualidades)



Cuando estamos tristes, lo mejor es buscar actividades que sean agradables. En ocasiones, puede costar trabajo recordarlas; por ello, te compartimos una lista a manera de ejemplo.

 <p>Ir al cine</p>	 <p>Ir al campo</p>
<p>Hacer deportes</p> 	 <p>Reír</p>
 <p>Ver televisión</p>	<p>Tomar un baño</p> 
<p>Estar con animales</p> 	<p>Recuerda que tú eres el que sabe mejor qué es lo que te gusta hacer</p> 

### Ejercicio 1. Lista de actividades agradables

Te hemos dejado un espacio para que hagas tu propia lista con cosas que te gusta hacer. Puedes agregar dibujos o decorarla como más te guste.


### Ejercicio 2. Distorsión en la predicción de la satisfacción

Completa el cuadro siguiente con las predicciones anteriores al ejercicio y después de realizar el mismo.

Antes		Después	

(Burns, 2009)





## Pensamientos distorsionados frecuentes después de un evento altamente estresante

### Objetivo

**Q**ue la persona identifique los pensamientos distorsionados frecuentes después de un evento altamente estresante.

### Introducción

El enfoque de la terapia cognitiva consiste en entrenar al consultante para identificar la relación que existe entre pensamientos, sentimientos y conducta. La bibliografía reporta que tras un evento traumático las personas tienden a presentar algunos pensamientos que no les favorecen para hacer frente a la adversidad, entre ellos se pueden encontrar pensamientos automáticos distorsionados, supuestos lógicos maladaptativos y creencias centrales. Los primeros se definen como pensamientos que surgen de manera rápida y pueden presentarse en forma de imágenes o de pensamiento. Los supuestos lógicos son intentos de explicarse lo que sucede y tienen la forma de una hipótesis, si esto sucede entonces aquello. Por último, los esquemas, denominados también como creencias centrales, son formas rígidas de interpretar el mundo, a sí mismo y a los demás.



En este sentido, la labor del psicoterapeuta es ayudar al consultante a identificar un patrón consistente de pensamientos asociados a la triada cognitiva y desmenuzarlos para demostrarle que en realidad esas hipótesis no se sostienen porque justamente su problema es que no son lógicas.

En el cuadro 12.1, se presenta una lista de algunos pensamientos que, con base en la investigación, se presentan con mayor frecuencia.

Cuadro 12.1. Pensamientos automáticos más frecuentes después de un evento traumático

Pensamientos automáticos	Supuestos inadaptados	Esquemas disfuncionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Lo que pasó es mi culpa”</li> <li>- “Debería haber sido capaz de prevenirlo”</li> <li>- “Debería haber sido capaz de manejar la situación”</li> <li>- “Ya debería de haber superado esto”</li> <li>- “Soy débil”</li> <li>- “No puedo soportar estos sentimientos”</li> <li>- “Algo terrible puede pasar en cualquier momento”</li> <li>- “Estoy en peligro ahora”</li> <li>- “No puedo permitirme bajar la guardia”</li> <li>- “No puedo manejar esta situación”</li> <li>- “Estoy indefenso”</li> <li>- “No se puede confiar en nadie”</li> <li>- “A nadie le importa”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Como no pude controlar lo que sucedió, no tiene sentido tratar de controlar nada”</li> <li>- “Como podría estar en peligro en cualquier momento, debo estar siempre alerta”</li> <li>- “Me sentiré abrumado si pienso en lo que sucedió”</li> <li>- “Es mejor evitar cualquier situación potencialmente peligrosa que soportar el riesgo”</li> <li>- “Todo riesgo es malo”</li> <li>- “No podría soportar otra pérdida”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “El mundo es impredecible y peligroso”</li> <li>- “Las cosas malas pueden suceder en cualquier momento”</li> <li>- “No puedes confiar en nadie”</li> <li>- “No tengo poder para evitar una catástrofe”</li> <li>- “Soy una mala persona”</li> <li>- “La vida no tiene sentido”</li> <li>- “El futuro es sombrío”</li> </ul>

(Leahy, Holland, & McGinn, 2012)

## Tríada cognitiva

### Objetivo

**Q**ue el usuario conozca el marco teórico a partir del cual la terapia cognitiva entiende algunos efectos en las personas que vivieron un evento altamente estresante o traumático.

### Introducción

Beck *et al.* (1979) mencionan que la tríada cognitiva es la visión que tienen las personas de sí mismas (la cual en algún sentido puede ser similar a los conceptos de autoestima y autoeficacia), sobre el futuro y sobre los demás. Cuando una persona vive evento traumático los elementos de la tríada cognitiva de alguna manera se sacuden, se mueven, se confunden.

Una primera parte de la psicoterapia tiene que ver con informar al usuario cuáles fueron los efectos de este evento, casi siempre inesperado e incontrolable, a partir del cual las personas pueden llegar a conclusiones equivocadas sobre su capacidad para afrontar los problemas, su velocidad para responder, su habilidad para tomar buenas decisiones y su eficacia. Tras el evento primario y otros secundarios, que casi siempre tienen que ver con pérdidas, el futuro no es promisorio las personas pueden llegar a sentir desesperanza y, dependiendo de cómo hayan

vivido dicho evento, también pueden distorsionar la visión que tenían de los demás.

Ante una crisis, especialmente en México, las personas tienden a apoyarse y a solidarizarse como sociedad; sin embargo, la decepción relacionada con la respuesta de las autoridades y el desinterés de algunas personas, podría llevar al usuario a concluir que “las demás personas te abandonan”, “eres una carga para ellos”, o bien, “son más hábiles que tú”, entre otros.

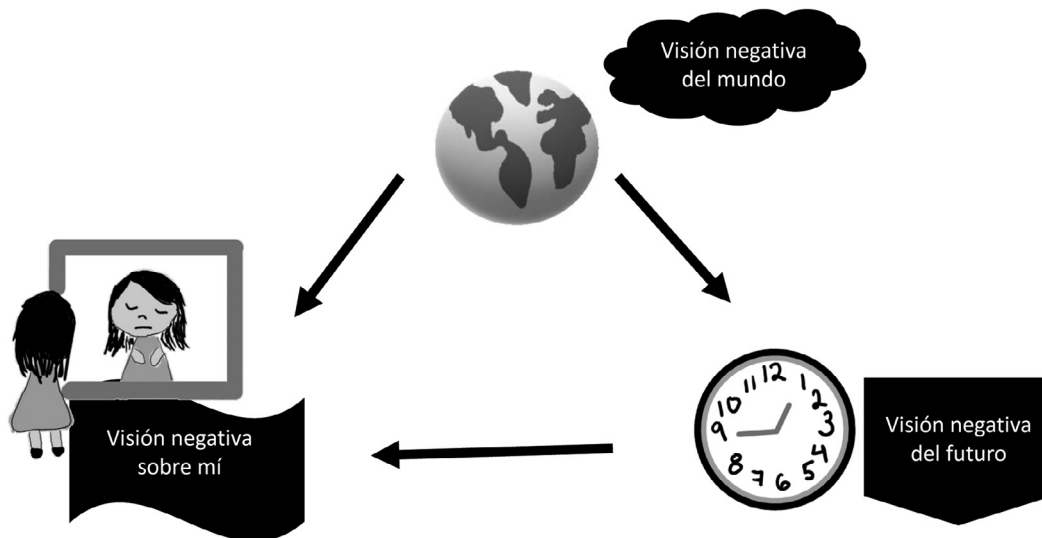


Figura 13.1. Tríada cognitiva.

## Plan de seguridad

### Objetivo

**P**oner por escrito el plan de seguridad que se llevará a cabo durante una crisis.

### Introducción

Cuando el psicoterapeuta detecta conductas asociadas al suicidio, es importante trabajar junto con el consultante en un plan de seguridad. No se trata de un documento en donde se le obliga a la persona a no atentar con su vida, sino que implica desarrollar y poner por escrito una serie de habilidades que podrán poner en práctica en caso de una crisis.

Wenzel, Brown y Beck (2009) sugieren incluir cuatro componentes dentro del plan de seguridad. El primero es identificar las señales de alarma que las personas presentan, las cuales pueden ser indicadores de una recaída importante (ganas de dormir y no despertar, ganas de hacerse daño, pensar “ya no puedo más”). El segundo componente incluye las estrategias de afrontamiento, es decir, acciones que puede tomar la persona por sí misma para enfrentar la crisis (salir a caminar, tomar respiraciones diafragmáticas, hacer ejercicio, escuchar música). El tercer componente

tiene que ver con contactar a otras personas, cabe recordar que el apoyo social es muy importante y un factor que puede influir en el éxito terapéutico; ejemplos de contactos con otras personas pueden ser los que se realizan de forma telefónica o presencial. El último componente es listar una serie de recursos a donde se puede recibir atención profesional en horas de oficina, por ejemplo, con un psicoterapeuta, psiquiatra o consejero, así como un número telefónico de atención en crisis que trabajen las 24 horas del día (Figura 14.1).



(Joiner, 2007).

Figura 14.1. Pensamientos e ideación suicida.

A continuación, se presenta un ejemplo de una lista jerarquizada de habilidades de afrontamiento que la persona acepta emplear en una crisis.

1. Tener supervisión de 24 horas.
2. Llevar el registro diario de pensamientos.
3. Mantener apego a la conducta de higiene del sueño.
4. Reducir el consumo de alcohol a dos copas por ocasión.
5. No llamar a la ex pareja.
6. Tomar una caminata todos los días por 30 minutos.
7. Hacer los ejercicios de relajación.
8. Apegarse a la toma de los medicamentos.
9. Tener un contacto social significativo dos veces por semana.



10. Deshacerse de navajas, pastillas o sustancias que puedan causar daños irreversibles.

En caso de crisis:

- a. Contactar a mi primo y verlo para platicar.
- b. Si esto no funciona escribir qué detonó la crisis.
- c. Mandar un correo a mi psicoterapeuta.
- d. Llamar al psiquiatra para pedir ajuste de medicamento o medicación de rescate.
- e. Pedir una cita a mi psicoterapeuta para el día de mañana.
- f. Llamar a SAPTEL.
- g. Solicitar a mi familia considerar el internamiento.

### Ejercicio 1. Lista jerarquizada de habilidades de afrontamiento

1. Señales de alerta.

---

---

---

---

2. Estrategias de afrontamiento.

---

---

---

---

3. Contactar otras personas.

---

---

---

---

4. Contactar a un profesional de la salud en horas de oficina.

Psicólogo: \_\_\_\_\_

Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Consejero: \_\_\_\_\_

5. Contactar con alguien profesional de la salud.





SAPTEL:

### Plan de seguridad. Ejemplo

Cuando estamos tristes solemos tener pensamientos que pueden poner en peligro nuestra vida, por eso cuando me siento triste reviso mi "Plan de seguridad", el cual es una lista que me guía para saber qué hacer cuando me siento mal. ¿Sabes cuál es la mejor parte?, ¡hacerlo es divertido!

El día en que rompí mi patita me puse realmente triste, no quería hacer nada, así que me la pasaba en mi casita dormido. Miguel, mi mejor amigo, se preocupó mucho, así que con su ayuda elaboré mi "Plan de seguridad".




Plan de seguridad de Bruno			
<p>Cuando me doy cuenta que solo quiero estar acostado, busco mi pelota favorita y me pongo a jugar con ella.</p>		<p>Hay momentos en que pienso lanzarme del balcón, para evitarlo, busco a Miguel y vamos a oler las flores en el parque.</p>	
<p>A pesar de que tengo mi plan y que Miguel me quiere mucho, hay días en los que me llego sentir peor, entonces él me lleva con el especialista para que estemos seguros de que estaré bien.</p>		<p>Aunque mi patita ahora está perfecta, guardo mi "Plan de seguridad", por si algún día vuelvo a estar muy triste, ya sé que hacer.</p>	

## Ejercicio 2. Plan de seguridad (niños)

Como ya notaste, Bruno sabe la importancia de tener un plan de seguridad; por esta razón, quiere ayudarte a que tú tengas el tuyo, solo tienes que pensar en todas las cosas que te gusta hacer y en lo que necesitas para hacerlas. Bruno te pondrá un ejemplo para que sea más fácil.



¿Cómo me siento?	Actividad que haré para sentirme mejor	¿Qué necesito?
Con mucho sueño y sin ganas de hacer nada	Jugar con mi pelota favorita	¡Mi súper pelota! 

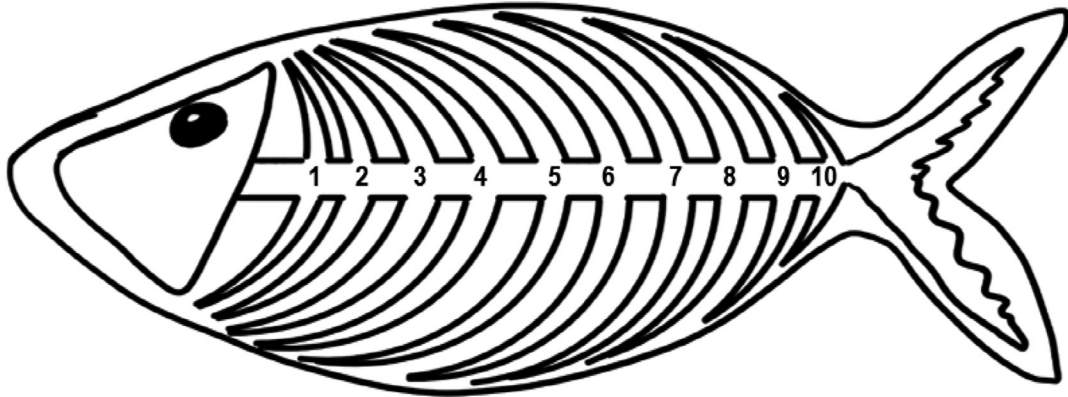
¿Cómo me siento?	Actividad que haré para sentirme mejor	¿Qué necesito?

¿Con quién puedo hablar? \_\_\_\_\_

## Pecezómetro del miedo

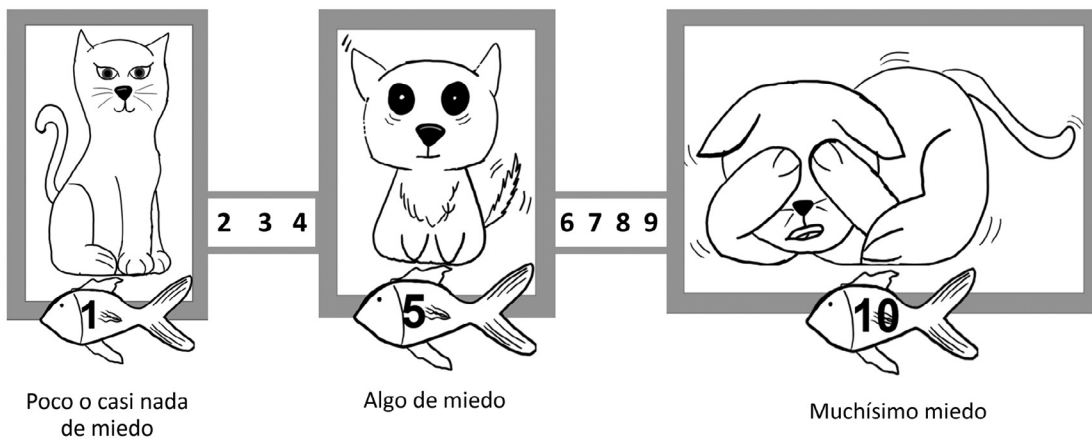
La gatita Coco tiene miedo en algunas ocasiones, ella sabe que es normal y que depende de cuánto miedo tenga se siente diferente. Para saber cuánto miedo tiene usa su pececito de juguete, que mide del 1 al

10, donde 1 es muy poco o nada y 10 es lo máximo de miedo que llega a tener. Coco quiere saber si tienes miedo, así que para ayudarte te ha dejado su pecesito de juguete.



### Gatómetro del miedo

Otra forma en la que Coco averigua si sus amigos tienen miedo es mostrando sus fotos. En la primera foto marca 1, como se puede ver, cuando ella tiene muy poco o casi nada de miedo, en la que el pecesito tiene el número 5 es en la que ella siente miedo y, por último, en la que el pecesito tiene un 10 es cuando tiene mucho miedo. Coco quiere saber en este momento como cuál de sus retratos te sientes.



Poco o casi nada de miedo

Algo de miedo

Muchísimo miedo

# Resiliencia después de un desastre natural

## Objetivo

**Q**ue los consultantes conozcan los estilos atribucionales optimista y pesimista e intentar modificarlos.

## Introducción

Desde hace más de 20 años, distintos enfoques para estudiar la patología han propuesto, en el marco de la psicología positiva, la posibilidad de trabajar con las personas las habilidades y herramientas para lograr el crecimiento postraumático. En este sentido, Martín Seligman (2007) propone un entrenamiento en optimismo que puede apoyar a las personas a identificar estilos atribucionales que pueden ser modificados para generar mayor bienestar emocional. De manera general, Seligman aborda el sesgo optimista y el sesgo pesimista que tienen las personas al enfrentarse a una adversidad.

Un evento altamente estresante o traumático podría poner en evidencia un estilo de atribución pesimista, el cual se caracteriza por percibir el éxito con atribuciones externas, globales y permanentes,





mientras que el fracaso es percibido con atribuciones internas, específicas y pasajeras.

Por su parte, el estilo optimista tiende a atribuir el fracaso a lo externo, por razones específicas y pasajeras, mientras que el éxito es percibido como una cuestión interna, global y permanente.

El psicoterapeuta intentará identificar en el usuario estas atribuciones e intentar volverlas más flexibles; para ello, lanzará preguntas que pongan en duda dichas atribuciones. Ejemplos de estas preguntas son: ¿qué otra explicación puede tener el que no hayas podido ser más eficaz en la situación del desastre?, ¿qué explicación solo por esta vez puedes dar al hecho de que sufriste una pérdida importante después de un desastre natural?, y por último, ¿qué evidencia tienes para pensar que este evento no es evidencia suficiente para pensar que en todo te va ir mal?

Ser optimista o pesimista hace que cambie la forma en la que se ve el mundo. Pelusa es una gatita optimista y amiga de Canica, una gatita pesimista; ellas quieren que sepas cómo es ser optimista y pesimista, por lo que te dejan su experiencia, para que tú también escribas la tuya y notes a cuál de las dos te pareces más, si a Canica o a Pelusa.

	<b>Optimista-Pelusa</b> 	<b>Pesimista-Canica</b> 
<b>Éxito</b>	<b>Interna:</b> sobreviví al sismo porque me pongo abusada <b>Permanente:</b> siempre me salvo <b>Global:</b> en todas las situaciones complicadas me va bien	<b>Externa:</b> sobreviví al sismo porque alguien me ayudó <b>Pasajera:</b> estoy viva porque alguien me ayudó <b>Específica:</b> esto es un milagro
<b>Fracaso</b>	<b>Externa:</b> no reaccioné debido a circunstancias externas <b>Pasajera:</b> solo este día no reaccioné bien <b>Específica:</b> solo en esta situación fallé	<b>Interna:</b> reacciono mal porque soy una tonta <b>Permanente:</b> en todo reacciono mal <b>Global:</b> siempre reacciono mal

(Seligman, 1998)

## Ejercicio 1. Atribuciones optimistas y pesimistas

	Optimista	Pesimista
Éxito	<b>Interna:</b> <b>Permanente:</b> <b>Global:</b>	<b>Externa:</b> <b>Pasajera:</b> <b>Específica:</b>
Fracaso	<b>Externa:</b> <b>Pasajera:</b> <b>Específica:</b>	<b>Interna:</b> <b>Permanente:</b> <b>Global:</b>

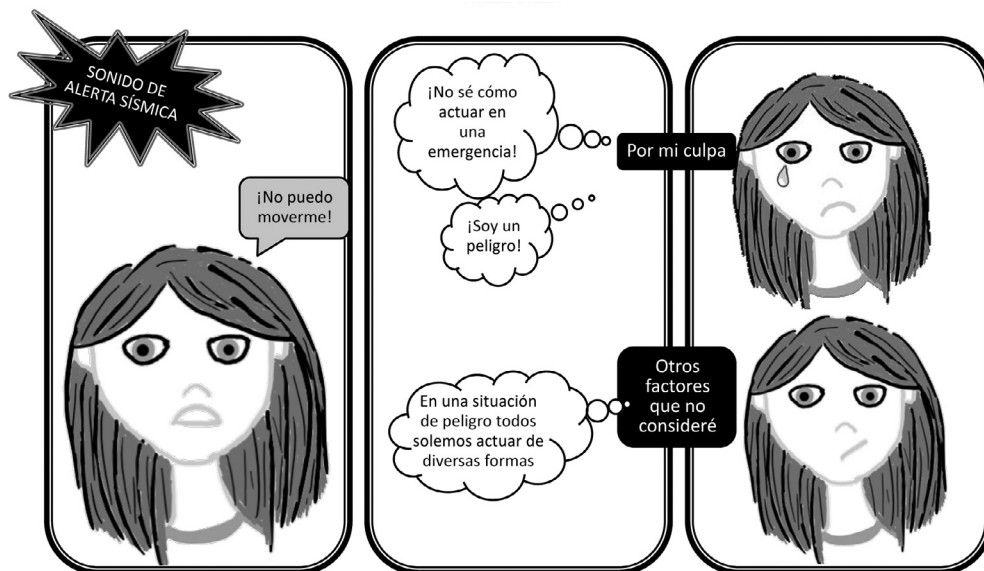


Figura 15.1. Historieta.

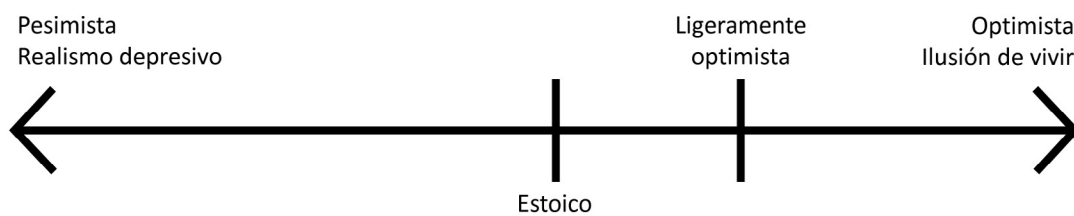


Figura 15.2. Flexibilidad cognitiva.

## Modelo de procesamiento de la información

Los modelos cognitivos de psicoterapia conciben al cerebro como una computadora en donde existen carpetas para almacenar información. Cuando ocurre un evento traumático es como si un virus invadiera el sistema operativo y revolviere las carpetas; en la carpeta donde antes encontraba lo agradable, ahora está vacía; en la carpeta de lo peligroso se han insertado archivos como mi casa, mi ciudad, mi edificio. La tarea del psicoterapeuta cognitivo-conductual es ayudar a la persona a ordenar las carpetas y a quitar la confusión que vino con el evento traumático. En diversas ocasiones, encontrará que, además de reordenar las carpetas, demostrará al usuario que el rasgo de personalidad ansioso, según Aaron Beck, tiene que ver con que esa computadora está formateada y en su disco duro están grabadas algunas creencias centrales a partir de las cuales mira el mundo, a sí mismo y a los demás. Estas creencias tienen que ver con ideas como que “el mundo es peligroso”, “yo soy poco hábil” y “los demás son más eficaces que yo”. Será trabajo del psicoterapeuta intentar flexibilizar esa visión distorsionada que probablemente venga desde la crianza.

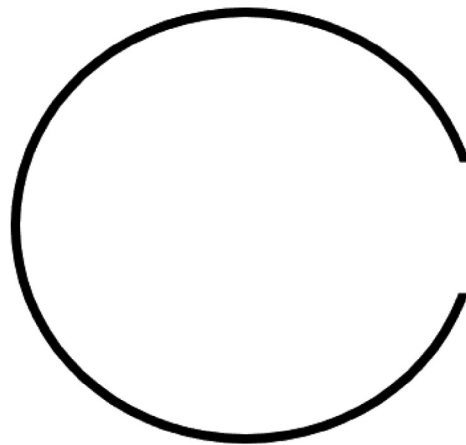


Figura 15. 3. Modelo de procesamiento de la información.

Adaptado de Beck, Beck, & Ubaldini (2007)

## Yo tengo, yo soy, yo puedo

Retomando el trabajo de Grotberg (2006), se le solicitará al consultante tenga por escrito tres fuentes de resiliencia. A continuación, se mencionan ejemplos para cada una de las fuentes.

**a. Yo tengo**

- Personas alrededor mío en las que confío y que me aman
- Personas que me ponen límites para que sepa cuando detenerme en casos de peligro o problema
- Personas que me muestran cómo hacer las cosas de la manera correcta
- Personas que quieren que aprenda hacer las cosas por mí mismo
- Personas que me han ayudado cuando he estado enfermo, en peligro o necesitado de algún aprendizaje.

**b. Yo soy**

- Una persona que puede ser querida y amada
- Una persona a la que le gusta hacer cosas buenas por los demás y expresar su preocupación
- Una persona respetuosa de mí y de los demás
- Una persona que se hace responsable de sus acciones
- Una persona segura de que las cosas van estar bien.

**c. Yo puedo**

- Hablar con los demás sobre las cosas que me preocupan y me molestan
- Encontrar maneras para resolver los problemas a los que me enfrento
- Controlarme a mí mismo cuando sienta que voy rumbo algo que no está bien o es peligroso para mí
- Darme cuenta cuándo es momento de hablar con alguien o tomar alguna acción
- Encontrar alguien que me ayude cuando lo necesito.

**Ejercicio 2. Yo soy, yo tengo, yo puedo**

**a. Yo soy**

---

---

---

---

---

**b. Yo tengo**

---

---

---

---

---

**c. Yo puedo**

---

---

---

---

---



## Entrevista motivacional

### Objetivo

**G**uiar, a través de la entrevista motivacional, a una persona que no está segura de realizar cambios en términos de recibir ayuda profesional para tratar síntomas de malestar emocional después de un desastre natural.

### Introducción

La entrevista motivacional es una técnica ampliamente difundida que trabaja con la ambivalencia de las personas. Después de un desastre natural es común encontrar un grupo de personas que, debido al estigma, al género o a experiencias previas en psicoterapia sin éxito, no están seguros de querer recibir atención profesional; por un lado, creen que los síntomas van a desaparecer con el tiempo y, por otro, tanto ellos como sus familias ya viven los efectos negativos del malestar emocional. Para estas personas, la entrevista motivacional surge como una oportunidad de emprender una conversación en donde el psicoterapeuta acepte incondicionalmente estos sentimientos y creencias a favor y en contra de recibir atención profesional. Se espera que el psicoterapeuta, de manera

empática y no directiva, apoye a la persona a hacer un análisis de cuatro puntos que pueden motivarlo a pedir ayuda y movilizarlo a tomar la decisión de hacer una cita con el psicólogo o el psiquiatra.

Si bien la entrevista motivacional requiere un entrenamiento mínimo de 40 horas, aquí presentamos los cuatro componentes por los cuales sugerimos que el psicoterapeuta podría intentar motivar a la persona al cambio (Cuadro 16.1).

Cuadro 16.1. Balance decisonal

	Si cambio	Si no cambio
Ventajas	4	1
Desventajas	2	3

Fuente: Miller y Rollinck (1998)

Existen diversos factores que pueden influir en la decisión de cambiar. Para ello, es necesario plantearse las preguntas siguientes:

1. ¿Hasta qué punto creo que me interesaría cambiar?  
0 \_\_\_\_\_ 10
2. ¿Si decido cambiar, hasta qué punto estoy convencido de que lo puedo conseguir?  
0 \_\_\_\_\_ 10

Para responder estas interrogantes es necesario valorar la confianza en el proceso, así como la importancia que la persona otorga al cambio (Cuadro 16.2).

Cuadro 16.2. Valoración de confianza

		Confianza	
Importancia	Mucha importancia poca confianza	Mucho de las dos	
	Poco de las dos	Mucha confianza poca importancia	

Fuente: Miller y Rollinck (1998)

# Terapia de exposición narrativa para estrés postraumático

## Objetivo

**E**xponer a la persona al evento altamente traumático.

## Introducción

Tomando como base la psicoterapia cognitivo-conductual y la terapia de exposición, Schauer, Schauer, Neuner y Elber (2011) diseñaron una intervención breve dirigida a personas víctimas de situaciones de guerra y tortura. Este tipo de intervención se ha utilizado especialmente con niños y adolescentes de países africanos y puede ir de tres a seis sesiones.

La manera de aproximarse al evento traumático es cualitativamente distinta. Se le pide al consultante en la primera sesión que narre la historia de su vida a partir de los eventos más agradables que le han ocurrido. En primer lugar, se les solicita dibujar una línea de tiempo y en ella incluya una flor para cada evento agradable y lo nombre; en un segundo momento, se pide señalar las dificultades a las que se ha enfrentado dibujando una

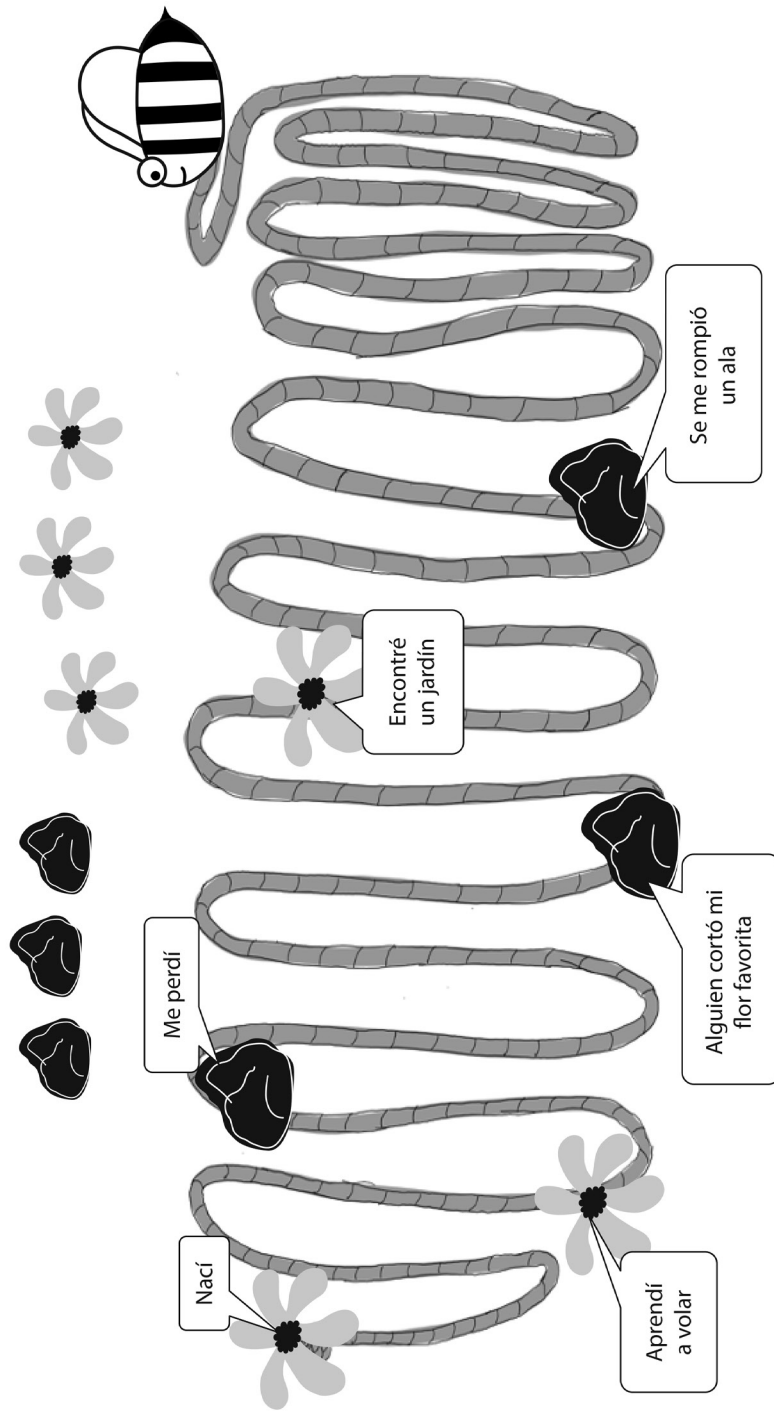
piedra para cada evento. Si el psicoterapeuta cuenta con material podría utilizarse material concreto como una cuerda, flores y piedras naturales; además, se puede pedir al consultante que dibuje el tamaño de la piedra o la flor con base en la importancia que tuvo esa situación en su vida.

La tercera sesión se enfocará a hablar del evento altamente estresante o traumático. En esta sesión se puede pedir al niño o adolescente que narre con el mayor número de detalles del evento traumático de principio a fin; para ello, puede apoyarse con dibujos. El psicoterapeuta estará especialmente atento a los pensamientos que surgieron durante todo el evento traumático y a las conclusiones que llegó el consultante con base en la terapia cognitiva. Ellos serán los elementos que podrán trabajar a través de la reestructuración. El psicoterapeuta apoyará al consultante a identificar qué conductas ha estado evitando, la relación entre lo ocurrido en el evento y las conductas de hiperactivación, y tratará de acompañarlo a comprender porqué después del evento traumático vino un ánimo negativo importante.

En caso de contar con más tiempo para tener una cuarta, quinta y sexta sesión, el psicoterapeuta podrá guiar al consultante a narrar nuevamente el evento traumático y ayudarlo a desmenuzar las distorsiones cognitivas que surgieron; para ello podrá utilizar dibujos, material concreto como títeres, muñecos de peluche u otros. Como tarea, y empleando la jerarquía de exposición, el consultante podrá acordar con el terapeuta situaciones a las que puede exponerse de manera gradual.

## Flores y piedras. Ejemplo

Aby, la abeja, sabe que en la vida hay momentos que la hacen sentir feliz y otros que la hacen sentir triste. Cuando cuenta su historia le gusta representar los momentos felices con flores y los tristes o difíciles con piedras. Te mostrará cómo contó su historia para que después lo hagas con la tuya, le sobraron flores, piedras y cuerda porque sabe que aún le queda mucho por volar.

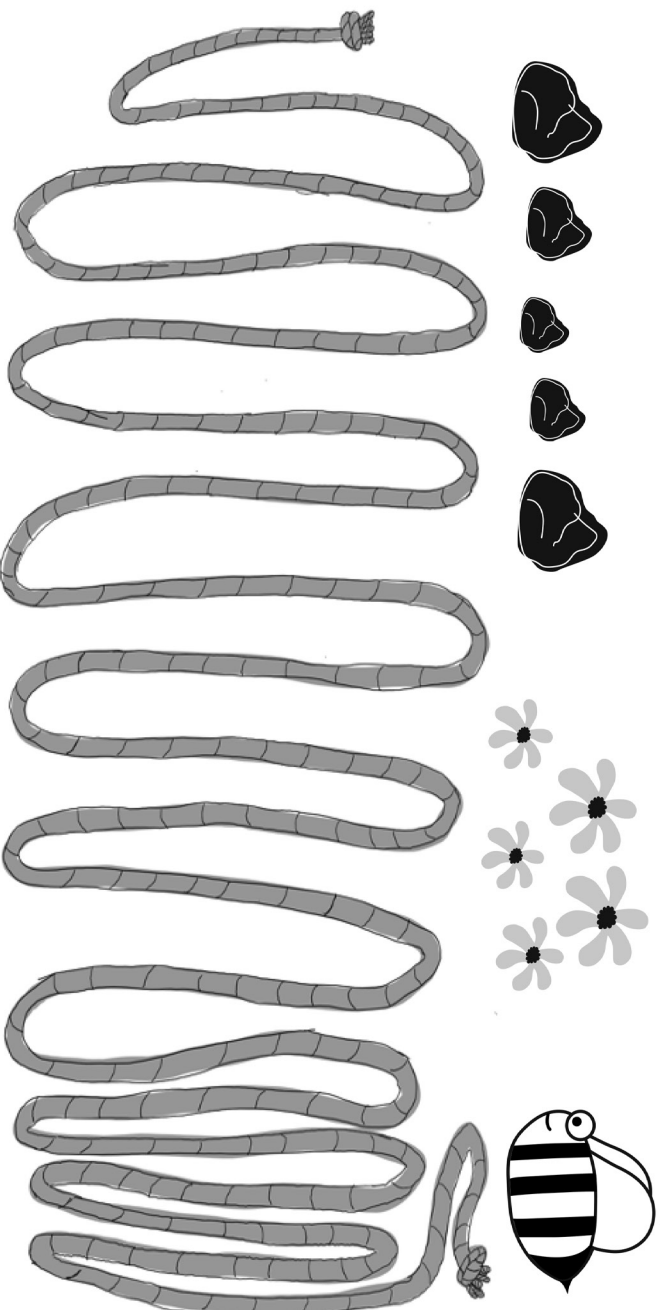


(Schauer, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011).



## Ejercicio 1. Flores y piedras

Aby quiere conocer cuáles han sido tus flores (momentos felices) y piedras (momentos tristes o difíciles). Como puedes ver, las flores y piedras no son del mismo tamaño, esto es porque las más grandes representan el momento que te hizo sentir más feliz o triste. Puedes agregar tantos como quieras.



(Schauer, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011).

# Directorio

Institución	Dirección	Horario	Teléfono
FES Iztacala UNAM	Av. de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, CP 54090, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México	Lunes a viernes de 7:00 a 19:00 h	(55) 5623 1382
Facultad de Psicología UNAM	Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, CP 04510, Ciudad de México, México	8:00 a 18:00 h	(55) 5025 0855
FES Zaragoza UNAM	Av. Guelatao n.º 66, Col. Ejército de Oriente, Alcaldía Iztapalapa, CP 09230, Ciudad de México, México	8:00 a 12:00 y 16:00 a 19:00 h	
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	Calz. México-Xochimilco n.º 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Alcaldía Tlalpan, CP 14370, Ciudad de México, México	8:00 a 14:00 h	(55) 4160 5372
Consejo ciudadano	Calle Amberes n.º 54, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CP 06600 Ciudad de México, México	8:00 a 21:00 h	(55) 5533 5533
SAPTEL Sistema de Apoyo Psicológico Telefónico	Av. México n.º 37, Col. Hipódromo-Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, CP 06100, Ciudad de México, México		(55) 5259 8121
Locatel (Línea de orientación telefónica especializada, médica, jurídica, nutricional y psicológica)		24 h	(55) 5658 1111





---

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2006). Typical or Troubled? School Mental Health Education Program. Washington, DC. <http://apafdn.org/impact/school/typical-or-troubled-%C2%AE>
- American Psychiatric Association (APA) (2015). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. CDMX: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Cambridge: Basic Books.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Beck, J., Beck, A., & Ubal dini, G. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. México: Gedisa.
- Burns, R. B. (1990). *El autoconcepto*. Bilbao: Ediciones Ega.
- Burns, D. (2009). *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones*. Madrid: Paidós.
- Cannon, W. (1916). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. New York: Appleton.
- Coddington, R. D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: I. A survey of professional workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 16(1), 7-18.
- Ellis, A., Grieger, R. y Marañón, A. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y., & Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885-2896.
- Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2008). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Greenberg, D. y Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. México: Paidós.
- Grotberg, E. (2006). *Implications of the Shift from Diagnosis and Treatment to Recovery and Resilience for Research and Practice*. Washington, DC: Georgetown University Press.

- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) (2016). *Trastorno por estrés posttraumático*. Nueva York, NY: NIMH, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Leahy, J., Holland, S., & McGinn, L. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227-238.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1998). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Quinnett, P. (1995). *QPR: Ask a question, save a life*. Spokane, Washington: The QPR Institute.
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Santillán, C. y Robles, A. (2018). Atención para personas víctimas de desastres naturales, estrategias de intervención. *Psic-Obesidad*, 8(30), 4-8.
- Sapolsky, R. (2007). *¿Por qué las cebras no tienen úlceras?: la guía del estrés*. México: Alianza Editorial.
- Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Nueva York: Hogrefe Publishing.
- Seligman, M. E. (1998). *Learned optimism*. New York, NY: Pocket Books.
- Seligman, M. E. (2007). *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida (el estrés)*. Buenos Aires: Fabril Editora.
- Smith, J. (2009). *Entrenamiento ABC en relajación: Una guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Turner, R. J., Frankel, B. G., & Levin, D. M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. *Research in community and mental health*, 3, 67-111.
- Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) (2015). "Curso Virtual: Primeros Auxilios Psicológicos", Coursera. Recuperado de: <https://www.coursera.org/learn/pap/home/info>
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington: American Psychological Association.

## Bibliografía recomendada

- Davidson, J. (1996). *Davidson trauma scale*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (1998). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI).
- Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, 8, 1-43.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1985). *Inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Trejo, B., Pennebaker, J., & López, Y. (2008). *Estrés posttraumático (EPT)*. México: Trillas.
- Ulloa, R., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R. y Hernández, L. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas españolas de psiquiatría*, 34(1).



# Estrés

postraumático  
causado por sismos  
Programa de intervención

es una obra editada y publicada por la **Universidad Nacional Autónoma de México** en la Coordinación Editorial de la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, Av. de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP 54090. En la composición tipográfica se utilizaron las familias Open Sans 12.5:16, 17:17.5 y 14:17.5 y Calibri 11:14.

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

**Los Reyes Iztacala, 2022**