



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**PSICOTERAPIA INFANTIL INFORMADA EN TRAUMA PARA
TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO. ESTUDIO DE CASO.**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALEJANDRA MÉNDEZ MORENO

DIRECTORA:
MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ TUTORIAL:
MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios, por conformar un espacio para la construcción de saberes y la realización de sueños, pero sobre todo, por permitirme formar parte de tan prestigiosa comunidad académica: *“Por mi raza hablará el espíritu”*.

A todas las maestras de la Residencia en Psicoterapia Infantil, por su ardua y amorosa labor en la construcción de nuevos profesionales en materia de salud mental infantil. Especialmente a mi tutora, la Mtra. Rocío Nuricumbo, por su acompañamiento siempre cálido y sincero; y a mi supervisora, la Mtra. Verónica Ruiz, por sus enseñanzas más allá de lo académico; ha sido un honor para mi poder aprender de ambas, son ustedes dos grandes modelos a seguir en mi vida profesional.

Agradezco además a las académicas: Dra. Emilia Lucio, Dra. Paulina Arenas y Dra. Judith Salvador por la revisión y sus valiosas aportaciones en la construcción del presente trabajo.

A mis compañeras de residencia, gracias por las experiencias, aprendizajes y el tiempo compartido.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Coordinación General de Estudios de Posgrado por el apoyo económico proporcionado durante mi formación de maestría y para el cumplimiento de sus actividades académicas.

Agradecimientos Especiales

El presente trabajo está dedicado principalmente a mis padres: Elvia y Francisco, por darme el maravilloso regalo de la vida, son ustedes mi principal eje y la fuente de toda mi fuerza. A mis hermanos: Isandra, Francisco y Fernando; por pintar mi infancia de muchos colores y por la alegría que ha sido crecer juntos. Sobre todo, por obsequiarme mis más grandes motivaciones y por quienes trabajo día con día, porque deseo que crezcan en un mundo más amoroso y compasivo: Jade, Alain, Hilda y Victoria, los cuatro amores de mi vida.

A mi familia por elección: Bella, mi hermana de espíritu, gracias por tu compañía y palabras precisas, por nunca permitir que olvidara la entereza de mi carácter y por motivarme siempre a honrar la maravilla de la existencia misma. A mis queridas Ana y Gaby, dos grandes regalos sorpresa de esta travesía, por su apoyo y amistad siempre sinceras, sigamos creciendo juntas mis adoradas *polillas tramposas*.

A Aleksei, mi compañero de vida y mejor amigo, por apoyarme, cuidarme e impulsarme siempre a dar más de mí. Por resistir este viaje, incluso cuando las cosas se han vuelto complicadas, por demostrarme que a tu lado la vida puede ser todavía más bonita... ¡Te amo!

Finalmente, este trabajo está dedicado a todas las niñas, niños y sus familias que durante la residencia me permitieron aprender de ellos y sus procesos de recuperación; grandes espíritus maestros para mi, su fortaleza y esperanza me acompañan diariamente.

*En memoria de las víctimas de los terremotos
de septiembre de 1985 y 2017 en México.*

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo 1. Trauma Psicológico y Trastorno de Estrés Agudo	10
Las emociones, su función y origen fisiológico	12
Estrés, trauma y neurodesarrollo	17
Tipos de trauma psicológico	22
Trauma por desastre natural	24
Trastorno de Estrés Agudo y TEPT	30
Niños, niñas y trauma psicológico	32
Capítulo 2. Atenciones informadas en trauma	41
Cuidado informado en trauma (Trauma-Informed Care)	44
Modelo Terapéutico Neurosecuencial (NMT)	47
Intervenciones psicosociales en situaciones de desastre natural	50
Intervenciones psicosociales a través del ciclo de vida del desastre	53
Intervenciones psicológicas en situaciones de desastre natural	55
Primeros auxilios psicológicos (PAP)	57
Intervención en crisis	59
Psicoeducación	60
Terapia de juego	61
Chapman's Art Therapy Treatment Intervention (CATTI)	62
Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR)	63
Trabajo con padres	64
Psicoterapia infantil informada en trauma (PIIT)	65
Capítulo 3. Método	69
Pregunta de Investigación	69
Hipótesis	69
Objetivo general	69
Objetivos específicos	70
Definición de variables	70
Definición conceptual	70
Definición operacional	74
Instrumentos	75

Escenario	76
Tipo de estudio	76
Procedimiento	77
Presentación de caso clínico	79
Capítulo 4. Análisis del caso clínico	82
Antecedentes y motivo de consulta	82
Evaluación psicológica	83
Formulación del caso clínico	84
Hipótesis clínica	85
Plan de tratamiento	86
Focos de intervención	86
Metas terapéuticas	87
Descripción general de sesiones y técnicas	87
Análisis del proceso	89
Sesiones de seguimiento	115
Resultados cuantitativos	120
Análisis general de los resultados	123
Discusión	130
Conclusiones	143
Referencias	146

Resumen

En México, se estima que ocurren 42 sismos al día, de los cuales, aproximadamente un 80% acontecen en su mayoría sin mayores contratiempos ni afectaciones; sin embargo, existen otros que debido a su intensidad mayor y la magnitud de las afectaciones que producen entran en la categoría de terremotos (Forbes México, 2017; Servicio Sismológico Nacional, 2017); es por esto que, considerando la naturaleza fortuita de estos fenómenos naturales, se hace evidente una necesidad de mantenerse preparados ante la presencia repentina de alguno con magnitud y fuerza inesperadas, lo cual puede derivar en afectaciones emocionales generadas por el estado de alerta constante en el que se encuentra la persona al ser incapaz de prever la ocurrencia y magnitud de los mismos. En el presente trabajo se analiza el caso de dos hermanas, atendidas en un centro comunitario perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM, debido a las afectaciones psicológicas manifestadas posteriores al haber atestiguado el derrumbe de un edificio durante el terremoto ocurrido el 19 de septiembre de 2017; la intervención se realizó desde el marco de la Psicoterapia Infantil Informada en Trauma, el proceso constó de un total de 12 sesiones, en las que se identifican las siguientes cuatro etapas: evaluación, tratamiento, cierre y seguimiento.

Palabras clave: Psicoterapia infantil, trauma psicológico, intervención en crisis.

Abstract

In Mexico, it is estimated that there are 42 seisms a day, of which approximately 80% occur mostly without major setbacks or affectations; however, there are others that, due to their greater intensity and the magnitude of the affectations that they produce, fall into the category of earthquakes (Forbes México, 2017; Servicio Sismológico Nacional, 2017); that is why, considering the fortuitous nature of these natural phenomena, it becomes evident a need to keep prepared in the sudden presence of someone with unexpected magnitude and strength, which can lead to emotional affectations generated by the constant state of alert in which the person finds himself as being unable to foresee the occurrence and magnitude of them. In the present work, the case of two sisters is analyzed, which were attended in a community center belonging to the Faculty of Psychology of the UNAM, due to the psychological affectations manifested after having witnessed the collapse of a building during the earthquake of September 19 of 2017; the intervention was carried out within the framework of the Trauma-informed Child Psychotherapy, the process consisted of a total of 12 sessions, in which the following four stages are identified: evaluation, treatment, closure and follow-up.

Palabras clave: Child psychotherapy, Psychological trauma, Crisis intervention.

Introducción

“Reinaba una oscuridad muy densa y el viento rugía horriblemente en los alrededores, pero Dorothy descubrió que la vivienda se movía con suavidad. Luego de las primeras vueltas vertiginosas, y después de una oportunidad en que la casa se inclinó bastante, tuvo la misma impresión que debe sentir un bebé al ser acunado.”

Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz” de Lyman Frank Baum

Los desastres naturales traen consigo afectaciones biopsicosociales en los individuos y las comunidades, las cuales, al no ser tratadas efectiva y preventivamente pueden evolucionar hasta la configuración de trastornos psicológicos de alta severidad, mismos que afectan la funcionalidad de los implicados y reducen considerablemente su calidad de vida (Ducrocq & Jehel, 2014). Dentro de estos contextos, una de las poblaciones más vulnerables ante los efectos de dichos sucesos es la infantil, específicamente quienes fueron expuestos al evento ya sea de manera directa o indirecta; es por esto que resulta importante generar modelos de intervención breves y efectivos en el tratamiento de la sintomatología asociada a experiencias traumáticas; lo anterior, aunado a que México se encuentra situado en una zona de alta sismicidad; plantea retos importantes en el campo de la salud mental.

El 19 de septiembre del año 2017, en el marco del 32 aniversario de los terremotos que devastaron a la Ciudad de México en el año de 1985, ocurrió un temblor con magnitud de 7.1 grados Richter, a la 1:14 de la tarde; mismo que tuvo su epicentro entre los límites de los estados de Puebla y Morelos -a 120km de la Ciudad de México- de acuerdo con reportes del Servicio Sismológico Nacional. Dicho movimiento fue sentido con una gran intensidad en la zona centro del país, lo cual generó múltiples derrumbes y caos en el área.

Derivada de las afectaciones y pérdidas, una gran cantidad de ayuda humanitaria fue requerida, la cual se focalizó durante los primeros días hacia las labores de rescate y de reubicación de damnificados, así como la entrega de alimento y atención médica, entre otros. Sin embargo, al pasar de los días y con el abandono de la situación de emergencia, la necesidad de atención psicológica especializada en el manejo de las manifestaciones de trauma psicológico agudo posteriores a un desastre natural fue incrementando, es así cómo dentro de la Facultad de Psicología, se tuvo la tarea de establecer brigadas de intervención a corto, mediano y largo plazo, para responder a la demanda de atención psicológica solicitada en los centros de formación en la práctica. En consecuencia, dentro de las actividades de la Residencia en Psicoterapia Infantil, fue atendido el caso de dos hermanas de 10 y 11 años, quienes posterior al evento comenzaron a manifestar sintomatología de un Trastorno por Estrés Agudo, por lo que se llevó a cabo una intervención psicoterapéutica informada en trauma de la cual se desprende el presente trabajo.

De acuerdo con lo anterior, en el presente reporte de experiencia profesional se pretende analizar la efectividad de una intervención desde el enfoque del Cuidado Informado en Trauma, el cual parte de la idea de que las atenciones derivadas de experiencias traumáticas, como un desastre natural, deben de garantizar el respeto a los derechos humanos de los sobrevivientes; por lo que requieren tener las siguientes características: estar fundamentados en la comprensión del trauma psicológico y sus efectos, hacer énfasis en la seguridad tanto del sobreviviente como del acompañante, brindar oportunidades para reconstruir el control y, robustecer las fortalezas socioafectivas de los sobrevivientes; considerando, en el caso de los niños, el momento

del desarrollo en el que se encuentran, así como la relevancia del trabajo con sus cuidadores y familia (Hopper, Bassuk, & Olivet, 2009; Shawn, Espinel & Schultz, 2012).

A través de este estudio, se busca aportar al conocimiento sobre las intervenciones que se realizan actualmente para el tratamiento de las afectaciones derivadas de los desastres naturales, así como profundizar en la importancia de realizar intervenciones adecuadas y efectivas de forma inmediata tras la ocurrencia de catástrofes de la magnitud que tuvo el terremoto del 19s, con la finalidad de fortalecer a una de las poblaciones más vulnerables ante estas situaciones de crisis, desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento y de recuperación tanto individual como comunitaria.

Capítulo 1. Trauma Psicológico y Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

“El ciclón había depositado la casa con bastante suavidad en medio de una región de extraordinaria hermosura. Por doquier se veía el terreno cubierto de un césped del color de la esmeralda, y en los alrededores se elevaban majestuosos árboles cargados de sabrosos frutos maduros. Abundaban extraordinariamente las flores multicolores, y entre los árboles y arbustos revoloteaban aves de raros y brillantes plumajes. A cierta distancia corría un arroyuelo de aguas resplandecientes que acariciaban al pasar las verdosas orillas, susurrando en su marcha con un son cantarino, que resultó una delicia para la niña, procedente de las áridas planicies de Kansas.”

**Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz”
de Lyman Frank Baum**

La palabra *trauma*, de origen griego, se traduce literalmente como “herida”; la Real Academia de la Lengua Española (2018), define al mismo como “*el choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente*” o como “*una emoción o impresión negativa, fuerte y duradera*”. De acuerdo con Cazabat (2002) el estudio del trauma psicológico se ha visto directamente influido por los movimientos sociopolíticos en la historia de la humanidad, alternando periodos de gran avance en cuanto a su entendimiento con periodos de ausencia de nuevos aportes en este ámbito, es así como se identifican tres periodos fundamentales en cuanto a la evolución de su estudio, mismos que corresponden directamente a tres momentos sociopolíticos definidos: el estudio de la histeria, impulsado por los movimientos contra la iglesia a finales del siglo XIX; el estudio de los impactos de la guerra, promovido por los movimientos pacifistas durante las grandes guerras del siglo XX; y el estudio de los impactos de la violencia sexual y de género, potenciado por los movimientos feministas y de ideología de género (Herman, 1997; como se citó en Cazabat, 2002).

En este sentido, en el año de 1980, con la aparición de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), se acuñó el

término Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) para clasificar aquellas reacciones que se observaban en las personas que habían vivido experiencias altamente estresantes específicamente durante la guerra de Vietnam y describir cómo es que éstas continuaban impactando en su salud mental y funcionalidad. A partir de esto, el estudio del trauma psicológico ha ido cobrando mayor importancia dentro del ámbito de la salud mental, fundamentalmente mediante estudios de neuroimagen que corroboran el impacto de las experiencias traumáticas en la funcionalidad e incluso en la estructura de algunas áreas corticales y subcorticales, específicamente cuando éstas experiencias suceden en edades tempranas (Van der Kolk, 2014; Perry, 2005). En el DSM-IV-TR (2001), el TEPT se encontraba clasificado dentro de los trastornos por ansiedad, sin embargo, ya en el DSM-5 (2013) esta clasificación ha cambiado y se ha creado la categoría trastornos relacionados con traumas y factores de estrés entre los que se encuentran: el trastorno de apego reactivo, trastorno de estrés agudo, trastorno de adaptación y por supuesto, el TEPT, entre otros.

En relación con el trauma en la niñez, en 2018, La Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (NCTSN por sus siglas en inglés), publicó que *“el trauma psicológico ocurre cuando un niño experimenta un evento intenso, recurrente y/o prolongado que amenaza o causa daño a su bienestar emocional y/o físico.”* (NCTSN, 2018); asimismo, especifica que dicha definición se refiere principalmente al entendimiento del trauma como un evento, sin embargo, aclara que la respuesta que manifiestan los niños ante este tipo de eventos es mejor conocida como *Estrés Traumático Infantil* (CTS, por sus siglas en inglés) y al respecto, comentan lo siguiente:

“El estrés traumático infantil (CTS) se refiere al miedo intenso y la respuesta al estrés que se produce cuando los niños están expuestos a

eventos traumáticos que sobrepasan su capacidad para hacer frente a lo que han experimentado. Mientras que algunos niños "se recuperan" después de la adversidad, las experiencias traumáticas pueden resultar en una interrupción significativa del desarrollo infantil con profundas consecuencias a largo plazo. Pueden mostrar signos de angustia emocional y fisiológica intensa: sueño alterado, dificultad para prestar atención y concentración, ira e irritabilidad, abstinencia, pensamientos repetitivos e intrusos y angustia extrema cuando se enfrentan con recordatorios del trauma. Los niños que experimentan CTS también pueden ser diagnosticados con TEPT, depresión, ansiedad o trastornos de conducta. La exposición repetida a experiencias traumáticas puede afectar el cerebro y el sistema nervioso del niño y aumentar el riesgo de bajo rendimiento académico, la participación en conductas de alto riesgo y las dificultades en las relaciones entre pares o familiares." (NCTSN, 2018, p. 4).

Las emociones, su función y origen fisiológico

Con la finalidad de comprender de manera integral los impactos de las experiencias traumáticas en la infancia, es necesario partir desde el entendimiento de cómo funcionan los sistemas neurofisiológicos humanos en circunstancias normales; principalmente sobre aquellos que corresponden a las emociones y su función biológica. Indiscutiblemente, todas las personas, independientemente de sus condiciones físicas, económicas y sociales, han experimentado la presencia de las emociones en sus vidas, son capaces de identificarlas en otras personas y - considerando que la búsqueda de la felicidad es una de las motivaciones más grandes en la humanidad- en cierto modo viven a partir de ellas.

Teniendo en cuenta lo anterior, pareciera incongruente que al ser algo tan fundamental en la existencia humana exista un desconocimiento general de la variedad de emociones que se pueden presentar, y más aún sobre sus características y funcionalidad; sin embargo, a lo largo de la historia, mucho y nada se ha hablado de éstas. Durante algún tiempo se creía que tenían una relación nula con la ciencia y la razón, por lo que su estudio y, por lo tanto, el avance en el conocimiento de las mismas, quedó relegado del mundo científico por muchos años, dejando el mismo en el área de otras ramas como la filosofía o la literatura ya que era considerado como un aspecto no observable y sin posibilidades de ser estudiado desde la perspectiva de la ciencia positivista. No es sino hasta tiempos más recientes, en el que gracias a los descubrimientos en el campo de las neurociencias, se ha reconocido la importancia del estudio de las emociones desde una perspectiva neurobiológica (Damasio, 1999)

Pero, a todo esto, ¿qué es lo que entendemos como una ‘emoción’?, de acuerdo con Goleman (1995) “todas las emociones son en esencia impulsos para actuar” (p. 6) los cuales han sido inculcados en los seres humanos a través de la evolución. Esta definición tiene su origen desde las mismas raíces de la palabra que proviene del verbo en latín *motere*, que significa *moverse*, aunado al prefijo *e-* que hace referencia a alejarse, sugiriendo entonces que la tendencia al movimiento o acción están implícitas en las emociones.

Por otro lado, Damasio (1999) hace una diferenciación entre lo que es una *emoción* y a lo que él le llama el *sentimiento de la emoción*; identificando al *sentimiento* como la experiencia privada y mental de una *emoción*, entendiendo a la segunda como un conjunto de respuestas en su mayoría observables públicamente. Asimismo, habla de tres diferentes estados a través de las que se presentan las mismas: “*el estado de*

emoción, que puede ser activado y ejecutado inconscientemente; el estado del sentimiento, que puede ser representado inconscientemente; y, el estado de sentimiento hecho consciente, es decir, el conocimiento de que se tiene una emoción y un sentimiento” (p. 37). Es así como, con la ayuda de las distinciones anteriores, conceptualiza un funcionamiento emocional humano como un tejido cíclico de emociones seguidas por sentimientos que pueden iniciar de forma inconsciente, pasando luego a la consciencia y desencadenando nuevas emociones a partir de ellos, formando un sistema activo que acentúa y puntualiza nuestros pensamientos y conductas; sumando así a la abstracción hecha por Goleman (1995), respecto a que las emociones son en sí impulsos hacia la acción.

Al hablar de esto, es importante recordar que cuando se observa la conducta humana alrededor del planeta, suele sorprender que independientemente de las condiciones socioeconómicas y culturales, la expresión emocional es idéntica en cualquier parte del globo, lo que trae a la mente la función biológica de estos sistemas emocionales, infiltrados a través del proceso evolutivo en los seres humanos y que se han incluido directamente como parte de los sistemas biorregulatorios que garantizan la supervivencia, que parecen funcionar de forma similar, indistintamente de las particularidades de cada individuo, lugar o cultura (Damasio, 1999).

En ese sentido, se dice que la función biológica de las emociones tiene dos vertientes; por un lado, la producción de una reacción específica ante una situación desencadenante y por otro lado, la regulación del estado interno del organismo con la finalidad de que pueda prepararse para dicha reacción específica; planteando así que las emociones no son lujos de los cuales se pueda prescindir, sino que se entienden como adaptaciones en el funcionamiento de los organismos que respaldan las fuentes

de energía y refugio y así evitar la pérdida de su integridad, los atentados contra su vida o la pérdida de la misma. En ese sentido, las emociones promueven en los seres capaces de sentirlas, una conducta orientada a la supervivencia que tiene impactos en la mente durante el momento en el que ocurren, sin embargo, cuando estos seres poseen además un grado de consciencia, es decir, que son capaces de saber que tienen sentimientos, se alcanza un nuevo nivel de regulación, ya que este conocimiento de dichos estados internos permite que influyan en los procesos de pensamiento y, por lo tanto, facilita la habilidad de responder de forma adaptativa y consciente de sus necesidades (Damasio, 1999).

Es entonces que con cierta certeza se puede decir que uno de los trabajos más importantes del cerebro es garantizar la supervivencia del organismo, para lo cual requiere llevar a cabo las siguientes tareas: producir señales internas que registran las necesidades del organismo; crear un mapa que le indique al organismo dónde se pueden satisfacer esas necesidades; difundir la energía y acciones necesarias para movilizarnos; notar los posibles peligros y oportunidades; y, adaptar el comportamiento en función a la situación. Si se identifica alguna disfunción en este camino hacia la supervivencia es cuando los problemas psicológicos aparecen (Van der Kolk, 2014).

Gracias a los estudios de las neurociencias, se sabe que el cerebro se desarrolla de forma secuencial y ascendente, y que el área más primitiva –conocida comúnmente como *cerebro reptiliano*–, encargada de garantizar la supervivencia, localizada en la parte inferior, justo donde la médula espinal se conecta con el cerebro y es llamada *tallo cerebral*; siendo éste el encargado del registro y mantenimiento de toda la fisiología del cuerpo, es decir, de todas las funciones con las que un recién nacido cuenta. En ese sentido, tanto el tallo cerebral como el hipotálamo (localizado

directamente encima) coordinan a los sistemas básicos de mantenimiento de la vida y garantizan que se preserve un equilibrio interno relativamente estable conocido como *homeostasis* (Perry, 2005; 2009; Van der Kolk, 2014).

Justo por arriba del cerebro reptiliano se encuentra el *sistema límbico*, también conocido como cerebro de los mamíferos -en donde se localizan los sistemas emocionales básicos- que tiene como principal función no solo la regulación emocional, sino también la advertencia de posibles peligros, la toma de decisiones sobre lo relevante para la supervivencia y la identificación de placer y displacer; funcionando en ocasiones como una torre de control primitiva que hace frente a los desafíos de la vida. Esta parte del cerebro incrementa su desarrollo después del nacimiento del bebé y a menudo se ve modificada a partir además de su composición genética y su temperamento innato, como respuesta a las experiencias del niño y su estimulación ambiental (Perry, 2005; Van der Kolk, 2014).

En la parte superior del cerebro se encuentra la *neocorteza*, el área relativamente más joven del mismo, la cual ocupa aproximadamente solo el 30% del área dentro del cráneo; que se encarga principalmente de los llamados procesos mentales superiores como: pensamiento, lenguaje, aprendizaje, memoria, atención, entre otros. Teniendo como principal objetivo la comprensión y el dominio del mundo que nos rodea y su funcionamiento. Dentro de esta parte se encuentran los lóbulos frontales, que permiten planificar, reflexionar, imaginar y reproducir escenarios futuros, ayudándonos a predecir lo que ocurrirá si tomamos una determinación, permite tomar decisiones y es donde se desarrolla la creatividad (Van der Kolk, 2014).

Si se observan en conjunto al cerebro reptiliano y al sistema límbico se conforma lo que se conoce como *el cerebro emocional*, que tiene como tarea principal

el velar por el bienestar de la persona, alertando a esta de peligros u oportunidades potenciales mediante la liberación de hormonas y las sensaciones resultantes de este proceso, mismas que pueden interferir significativamente con lo que sea que se encuentre haciendo en ese momento y le harán moverse (física y mentalmente) en una dirección diferente. Por su parte, el neocortex, llamado *el cerebro racional*, mantiene las funciones de una 'torre de control evolucionada' que evalúa de forma más minuciosa la información recibida, organizado para trabajar a través de un complejo conjunto de procesos y mecanismos. En ese sentido, la organización celular y la bioquímica del cerebro emocional, son más sencillas que las del cerebro racional; ocasionando que la apreciación del entorno desde este punto se realice de forma más global, derivando en conclusiones basadas en similitudes aproximadas contando entonces con 'planes de acción' preprogramados los cuales se activan de forma inmediata y al margen de la voluntad del individuo, dejando que el cerebro racional actúe a menudo después de que la situación ha finalizado (Van der Kolk, 2014).

Estrés, trauma y neurodesarrollo.

De acuerdo con Van der Kolk (2014) el entendimiento de la neurobiología del estrés traumático ha sido posible gracias al surgimiento de las siguientes tres ramas del conocimiento: las neurociencias, es decir, el estudio de los procesos mentales partiendo de la comprensión del funcionamiento del cerebro; la psicopatología del desarrollo, entendida como el estudio de los impactos de las experiencias adversas en el desarrollo del cerebro y la mente; y, la neurobiología interpersonal, comprendida como el estudio de cómo el comportamiento influye en las emociones, la biología y las mentalidades de quienes rodean al individuo. Las cuales, en conjunto, ayudan a crear

un mapa más completo sobre los mecanismos que se accionan cuando una persona tiene una experiencia traumática, así como sus huellas en la psique, pero sobre todo respecto a la forma en la que se pueden sanar tales heridas.

En la actualidad, se sabe que un trauma interfiere directamente con el área cerebral que comunica al resto del cuerpo la sensación de seguridad y de *estar vivos*; debido a esto se entiende que los trastornos del espectro postraumático tienen una base fisiológica y que los síntomas que los caracterizan guardan su origen en la respuesta general del cuerpo al estrés traumático inicial. De acuerdo con Van der Kolk (2014) *“el trauma produce una reorganización fundamental de la forma en que la mente y el cerebro manejan las percepciones”* (p.21) lo que ocasiona en las personas traumatizadas una especie de estancamiento que detiene su desarrollo ya que continúan organizando sus vidas como si el trauma continuara estable y persistente, como si las experiencias pasadas corrompieran cada nuevo evento, esto los vuelve incapaces de integrar adecuadamente nuevas experiencias en su existencia (Van der Kolk, 2014).

En cierto sentido, el peligro es una parte normal de la vida, las personas se encuentran frente a situaciones potencialmente peligrosas a diario y el cerebro se encuentra diseñado para detectarlas y mantenernos a salvo organizando una respuesta frente a las mismas; dicha respuesta comienza a generarse a partir de la información sensorial que se recibe del mundo exterior, la cual llega en forma de sensaciones a través de nuestros ojos, oídos, piel y nariz; llegando directamente hacia el tálamo – parte del cerebro emocional – quien es el encargado de integrar todas estas aportaciones sensoriales creando una experiencia integrada y coherente sobre lo que la persona se encuentra viviendo. A partir de ahí, la información puede seguir dos vías,

mediante las cuales será analizada generando respuestas diferentes en cada una: la primera es viajar hacia la amígdala – estructura que se encuentra dentro del sistema límbico, y por lo tanto permanece inconsciente – o hacia los lóbulos frontales – localizados dentro del cerebro racional donde alcanzan la consciencia. Sin embargo, el trabajo del tálamo puede interrumpirse, procesando entonces la información sensorial de forma incompleta, codificando las experiencias como fragmentos disociados, congelando la percepción del paso del tiempo, por lo que una amenaza puede parecer interminable (Van der Kolk, 2014).

Pero, ¿por qué una experiencia puede ocasionar tales cambios en la organización y funcionamiento internos? Como ya se explicó anteriormente, todo tiene que ver con la respuesta general del cuerpo al estrés mejor conocida como la respuesta de *huir o pelear*, que surge desde la amígdala, cuya función central es identificar si la información sensorial que recibe del tálamo es relevante para la supervivencia, por lo que si percibe la presencia de un peligro envía inmediatamente una señal al hipotálamo y al tronco del encéfalo, activando los sistemas hormonales y al Sistema Nervioso Autónomo (SNA) quienes organizan una respuesta que se manifiesta en todo el cuerpo. Cuando este *sistema de alarma* es activado se desencadena la liberación de hormonas muy intensas, asociadas al estrés - como el cortisol y la adrenalina – que aceleran el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria, entre otras, preparando al individuo para huir o pelear, poniendo en marcha de forma automática los “*planes de escape físico preprogramados*” (Van der Kolk, 2014, p. 54) que contienen las estructuras más primitivas del cerebro, inactivando parcialmente las funciones del cerebro racional lo cual da como resultado que ante situaciones altamente estresantes, una persona pueda correr, esconderse, luchar, entre otras conductas y que para cuando finalmente tenga

plena consciencia de la situación en la que se encuentra, su cuerpo esté ya en acción. En este sentido, si la respuesta de huir o pelar fue exitosa y se escapó a salvo del peligro, los sistemas fisiológicos vuelven paulatinamente a su estado anterior de funcionamiento y se recupera el equilibrio interno (Van der Kolk, 2014).

En otros términos, imaginemos que una persona se encuentra caminando por la calle de regreso a casa y de repente se encuentra con un perro grande y muy agresivo, que se coloca justo frente a ella; en ese momento, un sudor frío recorre todo su cuerpo, dejándola inmóvil por unos segundos luego de los cuales sale corriendo en dirección contraria al animal hasta llegar a un auto, que se encuentra estacionado en la calle, por el cual trepa hasta llegar al techo esperando a que el perro se canse de ladrar y finalmente decida volver a su casa dejando a la persona en paz, quien luego de unos minutos baja del techo del auto y sigue su camino tomando una ruta diferente hacia su casa, lugar en el que reflexiona sobre lo acontecido y se da cuenta de que tuvo mucha suerte ya que el perro pudo haber corrido más rápido o ella pudo haber tropezado, facilitando que ocurriera el ataque, finalmente la persona continúa con sus actividades del día y no vuelve a pensar más en el asunto. En la situación anterior, se identifica la activación de la respuesta de alarma frente a una situación altamente estresante y potencialmente peligrosa para la persona, en un primer momento, se ubica el estímulo amenazante (perro agresivo); en un segundo momento, se identifica la segregación inmediata de sustancias asociadas al estrés (sudor frío); luego se observa la respuesta automática frente a la amenaza (salir corriendo hacia el otro lado); más tarde, se presenta la reactivación de los procesos mentales superiores y la presencia de la consciencia respecto al evento vivido (al momento de llegar a casa); y, finalmente, se regresa al equilibrio interno (la persona continúa con sus actividades).

Sin embargo, si la respuesta de alarma normal es bloqueada; el cerebro continúa secretando las sustancias químicas asociadas al estrés o la recaptura de los neurotransmisores se encuentra obstaculizada, entonces el sistema de alarma cerebral sigue activo mucho después de que la amenaza real haya desaparecido, es decir, el cerebro sigue enviando señales al cuerpo para escapar de una amenaza que ya no existe. Pero, ¿qué podría bloquear la respuesta normal de alarma? La respuesta se encuentra en una tercera forma de respuesta ante la activación del sistema de alarma conocida como *congelamiento* que surge de un proceso interno llamado *disociación*, el cual es en esencia un mecanismo protector de la mente, en el que la conciencia parece separarse de la vivencia física, con la finalidad de preservar la integridad psíquica del individuo, dejando a expensas de los estímulos sensoriales al cuerpo y su organización alrededor del sistema de alarma. En ese sentido, la disociación constituye la médula de un evento traumático, ya que divide la experiencia de manera que los pensamientos, emociones, sonidos, imágenes y sensaciones físicas son codificados de forma separada, afectando la percepción espacio-temporal e introduciéndose como fragmentos de memorias sensoriales que acontecen en el presente, en donde son literalmente revividos, activando una y otra vez al sistema de alarma interna y las hormonas que le acompañan, registrando los recuerdos cada vez más intensamente en el cerebro (Van der Kolk, 2014; Saldaña, 2014).

Finalmente, existen dos sistemas cerebrales que son relevantes para el procesamiento mental de un evento traumático, ya que se ocupan principalmente de la intensidad emocional y de la evaluación del contexto, estos son la amígdala y la corteza prefrontal. Como ya se vio antes, desde la amígdala surge la respuesta de *huir, pelear o congelarse*, la cual se activa por las señales recibidas desde el tálamo, quien al mismo

tiempo emite un mensaje hacia la corteza prefrontal, en donde se hace una evaluación integral de los estímulos recibidos del entorno, desactivando la respuesta de alarma en caso de determinar que la amenaza se ha terminado. Sin embargo, cuando se presenta la disociación, dicha evaluación del contexto puede verse afectada ya que el significado que se le atribuye a la vivencia – limitado en gran medida por el hipocampo, que funciona como el ‘reloj’ del cerebro, indicando la naturaleza finita de los eventos, lo que los vuelve en cierta medida más llevaderos – se establecerá a partir de la sensación de que el desagradable estado actual durará por siempre y nunca se será capaz de superar la experiencia, lo que vuelve al dolor que se experimenta aún más intolerable (Van der Kolk, 2014).

Tipos de trauma psicológico

La clasificación del trauma psicológico resulta un tema complejo ya que conforme avanza el conocimiento y los estudios sobre el mismo se plantean nuevas formas de entendimiento y organización de los factores que influyen en la existencia de diferentes tipos, cada uno con especiales características. Como primer elemento se identifica el tiempo de duración del estresor que ocasionó la sintomatología postraumática en la persona, aquí se identifican a los estresores agudos, referentes a eventos que están limitados a un tiempo y espacio precisos, con una clara identificación del inicio y el final del mismo, como desastres naturales o el ser víctima de un delito violento; y, por otro lado, se tienen a los estresores crónicos que se caracterizan por una exposición continua a implacables adversidades, las cuales parecen no tener un claro inicio o final, de entre las que se identifica la negligencia y el maltrato infantil, la violencia doméstica, por mencionar algunos ejemplos (Shawn, Espinel & Schultz, 2012). Sin embargo, esta

denominación no solamente es aplicable para la clarificación del tiempo durante el que la persona se encontró expuesta a un factor estresante; de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), el término agudo se utiliza para identificar a la sintomatología postraumática en sus primeros momentos de aparición, estableciendo que el cuadro clínico que aparece entre tres días y un mes posterior a la fecha del evento traumático se denomina como Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y que posterior al primer mes de ocurrencia éste pasa a considerarse como un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), pudiendo presentarse también con un inicio retardado.

Adicional al tiempo de duración ya sea del factor estresante o de la sintomatología presente, se encuentra el origen a partir del cual surge el evento traumático, el cual puede ser producido por causas naturales, como es el caso de los terremotos, huracanes, inundaciones, etcétera; o por razones humanas, ya sean realizados con una intencionalidad clara como ataques terroristas, agresiones sexuales, entre otros; o derivados de errores y negligencias como, accidentes aéreos o derramamiento de sustancias tóxicas, etcétera. Asimismo, se identifica un tercer factor en la diferenciación de los tipos de trauma psicológico el cual se refiere al contexto en el que acontece, ya que el vivir un evento traumático tiene diferentes efectos en las personas de acuerdo con las circunstancias en las que se presentó el mismo y que las consecuencias tanto individuales como colectivas serán determinadas de acuerdo con el entorno y el tipo de relación en el cual se presentó el suceso, así pues se establecen diferencias entre: el trauma interpersonal, como la violencia doméstica y el maltrato o negligencia en la infancia; trauma en contextos sociopolíticos, como el caso de los refugiados y guerras; la violencia interpersonal en masa, como el caso de ataques terroristas; accidentes tecnológicos a gran escala, como accidentes aéreos; trauma por

fuego y quemaduras; violencia sexual, diferenciado de los efectos del tráfico de personas; las agresiones provenientes de extraños o conocidos; la tortura; el trauma por haber presenciado un homicidio o suicidio; trauma asociado a condiciones médicas que atentan contra la salud y la vida; el trauma vicario, es decir la exposición a eventos potencialmente traumáticos como consecuencia de las actividades laborales; y finalmente, el trauma por desastres naturales, respecto al cual se centra el presente trabajo (Evans & Coccoma, 2014; Briere & Scott, 2015).

De acuerdo con Shawn, Espinel y Schultz (2012), independientemente del tipo de evento traumático al cual fue expuesta la persona, las respuestas psicológicas siguen un patrón más o menos común que se resume de la siguiente manera:

- Cuando existe la presencia de una amenaza directa a la vida o integridad de la persona, suelen manifestarse más síntomas postraumáticos.
- Si ocurrieron pérdidas se pueden presentar duelo o depresión.
- Cuando se encontró bajo mucha preocupación ya sea por sí mismo o por otros suelen aparecer manifestaciones clínicas de ansiedad.
- Los estresores continuos pueden devenir en problemas conductuales (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Trauma por desastre natural

De una forma genérica los desastres son divididos en dos grandes categorías, los naturales y los generados por el hombre; de acuerdo con Briere y Scott (2015) un desastre natural puede definirse como *“un evento ambiental a gran escala, que no es causado por el ser humano, capaz de causar lesiones o la muerte, afectando adversamente a un número significativo de personas”* (p. 12); entre los que se incluyen

a los huracanes, tsunamis, avalanchas, tornados, inundaciones, erupciones volcánicas y terremotos, entre otros. Por otro lado, los desastres generados por el humano se subdividen en dos categorías: los no intencionales, que incluyen accidentes en transportación, derramamiento de sustancias nocivas, etcétera; y los eventos intencionales, como actos de violencia en masa y terrorismo (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Se define un desastre como *“un encuentro entre fuerzas de daño y una población humana en peligro, influenciada por el contexto ecológico, en el que las demandas de la situación exceden la capacidad de afrontamiento de la población afectada.”* (p.19). Incluyendo una tercera clasificación para los mismos la cual denominaron como *desastres multidimensionales* (p.21), los cuales engloban los elementos tanto de un desastre natural como de los inducidos por los humanos de forma generalmente no intencional, que amplifican el daño, la destrucción, la mortalidad y el trauma asociados al evento inicial; como lo que suele ocurrir en los terremotos que en un inicio constituyen desastres naturales, pero que pueden incrementar sus efectos catastróficos por una inadecuada planeación y control en la seguridad al momento de construir asentamientos urbanos (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Aunado a lo anterior, se considera que los desastres tienen un ciclo de vida definido dentro de una línea de tiempo en la que se pueden reconocer con claridad la presencia de tres fases: preimpacto, impacto y postimpacto. Identificando a la fase de preimpacto como el momento en el que la comunidad tiene la oportunidad de trabajar en planes de emergencia que puedan coordinar la movilización de recursos de forma previa a la ocurrencia del desastre. Posterior a esta, se manifiesta la fase de impacto, que es el momento en el que el desastre como tal se presenta en la comunidad con una

alta probabilidad de ocasionar lesiones y muerte, comprometiendo así tanto la infraestructura con la que se cuenta como los recursos comunitarios. Finalmente, ocurre la fase del postimpacto, que incluye el periodo de recuperación inmediato, intermedio y posterior al desastre (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Cada tipo de desastre se manifiesta y transcurre de una forma única dependiendo de su origen y las circunstancias en las que se presente; en el caso de los terremotos, estos pueden ser considerados como unos de los desastres más temidos debido a que tienen características muy específicas que, en cierto sentido, ayudan a comprender por qué las afectaciones psicológicas suelen ser mayores en comparación a otros tipos de desastres. Como primer característica de análisis se apunta hacia su impredecibilidad, traducida en que el golpe inicial de un terremoto dura solo unos segundos o algunos minutos como máximo y, en contraste a otro tipo de desastres como un huracán o inundación, ocurren sin previo aviso y con la capacidad de destruir en un lapso muy corto de tiempo, cualquier construcción o asentamiento, ocasionando además daños en la infraestructura de los mismos que pueden devenir en fugas de gas, cortes eléctricos, incendios, entre otros. Debido a lo anterior, las rutinas de las personas se ven súbitamente interrumpidas por un tiempo de igual manera impredecible, lo cual a nivel psicológico puede generar sentimientos de indefensión y aumentar la ansiedad e incertidumbre respecto a su ocurrencia y la mejor forma de afrontarlos; haciendo que las personas sientan una mayor pérdida de control sobre su bienestar en estas circunstancias a comparación de lo que puede ocurrir cuando los desastres se presentan advertidamente, incrementando las posibilidades del desarrollo de trastornos del estado de ánimo en los sobrevivientes (Gaborit, 2006; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Asimismo, los terremotos son fenómenos ingobernables y poderosos, ya que no existen acciones que puedan realizarse para controlar la energía liberada, ni para delimitar el área de impacto de estos, generando destrucción aun en lugares lejanos al epicentro. Lo anterior aunado a la dificultad para identificar las causas de su ocurrencia, generan en las personas un incremento en su ansiedad ya que la evaluación de la experiencia catastrófica se complica al no existir razones claramente identificadas para su ocurrencia. Por su parte, la constante presencia de réplicas con las mismas características, que se presentan como recordatorios traumáticos del terremoto, causan dos efectos psicológicos significativos: primero, la creación de condiciones para revivir el trauma original, intensificando las respuestas de ansiedad y miedo al recrear las sensaciones del terremoto inicial, lo que dificulta la recuperación postimpacto; y en segundo lugar, la perpetuación del estado de alerta, tanto fisiológico como cognitivo, en el que se encuentran las personas, debilitando el tejido social y mermando continuamente las rutinas y labores necesarias para la recuperación comunitaria. Entre otros recordatorios traumáticos también se identifican las grietas irregulares en construcciones, ruidos u olores característicos, montones de escombros, noticias sobre el terremoto, etcétera (Gaborit, 2006; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Siguiendo la línea temporal de sucesión en los terremotos, se pueden identificar estresores específicos que se presentan en cada una de las fases, los cuales tienen efectos psicológicos particulares. En el preimpacto se identifica que el hecho de que los terremotos con mayor importancia ocurran con poca frecuencia puede generar descuido, ocasionando que las personas que habitan en lugares con alta actividad sísmica le resten importancia a las acciones que deben ser tomadas ante la posible ocurrencia de uno y que, por lo tanto, se encuentren desprevenidas y en un gran riesgo

cuando un terremoto de grandes magnitudes se presenta. En la fase de impacto, la aparición repentina y violenta del movimiento tectónico puede provocar sentimientos de indefensión y terror, los cuales cuando son acompañados por una amenaza a la vida o integridad (física o psicológica), representan factores de riesgo importantes para la manifestación posterior de síntomas de TEPT en los sobrevivientes. Por su parte, en la fase de postimpacto se identifica al grado de adversidad posterior al terremoto como el predictor más fuerte de sintomatología postraumática, debido a que las afectaciones psicosociales postimpacto, como pérdida de los seres queridos, falta de alimentos y agua, dificultad para cubrir necesidades básicas, reubicación de viviendas, ausentismo escolar, etcétera, pueden representar experiencias más traumáticas que el terremoto en sí mismo (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

En ese sentido, un desastre sobrepasa los recursos de una comunidad en diversos niveles, tanto económicos, como sociales y de infraestructura; incluidas las capacidades de los niños y sus familias para afrontar psicológicamente los efectos; y aunque algunas personas sobrevivientes de un desastre natural se muestran con muy pocas afectaciones y tienden a recuperarse rápidamente, existe un grupo significativo de personas que padecen secuelas a largo plazo. La presencia y magnitud de las lesiones, el miedo a la muerte propia o de los seres queridos y las pérdidas materiales durante un desastre parecen constituir los aspectos más traumáticos de los mismos y existen diferencias significativas en la forma en la que se manifiesta el estrés traumático agudo en comparación con el crónico, siendo particularmente importante la evaluación subjetiva de cada persona al vivir una experiencia traumática, lo cual determinará la respuesta emocional que se tenga ante la misma; sin embargo, existen algunas reacciones que pueden ser consideradas como relativamente normales y comunes, que

pueden dividirse entre las que aparecen inmediatamente durante la emergencia, las que se presentan después de 72 horas hasta algunas semanas después del evento y las consecuencias a largo plazo (Gaborit, 2006; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; Briere & Scott, 2015).

Inmediatamente después o durante un desastre se identifican dos tipos de reacciones principales: por un lado, se encuentra un alto grado de aturdimiento y confusión, que comprende un estado de shock significativo el cual puede explicar la pérdida de orientación espaciotemporal, de identidad y de algunas capacidades cognitivas como la memoria; por otro lado, se puede presentar una elevada activación fisiológica y emocional, la cual puede ser útil al momento de garantizar la sobrevivencia física en el momento del desastre. Posteriormente, se comienzan a identificar preocupaciones alrededor del temor a que el desastre vuelva a ocurrir, enojo hacia las causas o los causantes, y una profunda tristeza por las pérdidas que se tuvieron, existe también la posibilidad de recurrir a conductas que bloquean dichas emociones como el consumo y abuso de sustancias como el alcohol o el involucrarse en actividades que implican riesgo. Dentro de las posibles secuelas a largo plazo se encuentran: estrés postraumático, depresión, dificultades interpersonales, baja autoestima, consumo y abuso de sustancias, pérdida de identidad, vergüenza, entre otros (Gaborit, 2006).

Finalmente, es importante mencionar que, en esta línea de análisis, las manifestaciones clínicas que se presentan de forma posterior a un evento traumático son consideradas como respuestas normales que se presentan ante circunstancias anormales; en el caso de los desastres como los terremotos, la anormalidad se determina por toda la capacidad destructora y la cantidad de pérdidas humanas y materiales con la que se presentan, que generan en las personas respuestas que se

sitúan al borde de la normalidad, mismas que podrían ser manifestadas por la mayoría de las personas bajo circunstancias similares; sin embargo, el problema surge cuando comienza a configurarse como un cuadro clínico importante, lo que ocurre si estas respuestas persisten a lo largo del tiempo, disminuyendo la funcionalidad de la persona y su capacidad de recuperar su vida normal (Gaborit, 2006).

Trastorno de Estrés Agudo y TEPT.

Si bien se sabe que las experiencias traumáticas pueden generar afectaciones importantes en la salud mental de un individuo, el hecho de haber vivido un evento de esta naturaleza no es un antecedente determinante para el desarrollo de un trastorno relacionado con traumas, y su aparición depende de diversos factores entre los que se encuentran: las formas de afrontamiento personales, experiencias traumáticas previas, y el grado de exposición al evento traumático, entre otros. Asimismo, no todas las personas desarrollarán la misma sintomatología, aunque el evento experimentado haya sido compartido, es por ello que resulta necesario discriminar entre lo que se conoce como Trastorno por Estrés Agudo y un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en términos de diagnóstico diferencial; así como con las reacciones adaptativas normales posteriores a un evento altamente estresante y traumático (Gaborit, 2006; Van der Kolk, 2014; Briere & Scott, 2015).

En primer lugar, es importante mencionar que durante los primeros días posteriores a la ocurrencia del evento suele presentarse una serie de reacciones conocidas como *estrés agudo*, mismas que no representan la configuración de ninguna psicopatología y que se identifican como un proceso normal de adaptación posterior a un evento traumático, estas son más ampliamente identificadas como las reacciones de

ansiedad y sobresalto que se presentan de forma inmediata y posterior a la ocurrencia de algún evento altamente estresante, como respuesta al mismo; las cuales no interrumpen significativamente con el funcionamiento del individuo y de las que se espera remitan durante la primer semana posterior a la experiencia, retornando así la persona a su estado de equilibrio previo. Pueden presentar estrés agudo todas las personas independientemente de su edad, sexo, escolaridad, religión y/o condición socioeconómica y que hayan vivido alguna de estas experiencias ya sea de forma directa o indirecta; mediante amigos, familiares, conocidos, noticieros o derivado de su labor profesional (Van der Kolk, 2014; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Como ya se mencionó anteriormente, el DSM-5 (APA, 2013) establece una diferencia entre el Trastorno por Estrés Agudo (TEA) y el TEPT basada principalmente en la duración de la sintomatología manifiesta en el paciente, denominando como TEA a aquella sintomatología expresada dentro del periodo de tres días a un mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos, la cual posterior al primer mes después de la ocurrencia del evento se denomina Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el cual también puede presentarse con expresión retardada hasta 6 meses después de la experiencia. En esencia los criterios diagnósticos para ambos trastornos son los siguientes: exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual ya sea real o amenaza; presencia de síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, síntomas disociativos, síntomas de evitación, y síntomas de alerta o hipervigilancia. En ese sentido, para el diagnóstico de acuerdo con el DSM-5, es imprescindible que el sujeto se haya visto envuelto en hechos que impliquen un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física (Romero & Ruiz, 2015); asimismo, la forma en la que se presentan los síntomas puede variar de persona a persona, sin embargo, por lo

general implican respuestas de ansiedad que incluyen algunas formas de revivir el suceso o de reactividad ante el mismo.

A partir de los estudios de neuroimagen realizados por Van der Kolk (2014), se ha comprendido que después de que un individuo vive una experiencia traumática, éste funciona con un sistema nervioso modificado, ya que la energía de la persona se enfoca principalmente en suprimir el caos interno generado por las constantes señales de alarma activadas, perdiendo así el contacto y el involucramiento espontáneo en sus actividades cotidianas; así pues, se dice que *“en el TEPT el cuerpo continúa defendiéndose de una amenaza que pertenece al pasado”* (Van der Kolk, 2014, p.53) lo cual le impide permanecer anclado al presente y disminuye su funcionalidad en la vida diaria, constituyendo uno de los peligros mayores que se deben tomar en cuenta al momento de realizar un diagnóstico diferencial, ya que independientemente del momento en el que se presenten los síntomas (unos días o meses después) la severidad de los mismos y el nivel de funcionalidad de la persona determinarán también la necesidad de un tratamiento emergente y especializado.

Niños, niñas y trauma psicológico.

Las manifestaciones clínicas observadas en niños y niñas, son similares a algunos de los criterios que se aplican para el diagnóstico en los adultos, sin embargo, pueden expresarse también mediante otros comportamientos que rara vez son identificados en los segundos, tales como: juegos repetitivos, sueños aterradores, actuar como si el suceso estuviera ocurriendo nuevamente y, dificultades para estar separados de sus seres queridos (Perry, 2006; APA, 2013).

Así como ocurre con los adultos, la forma en la que el niño o niña experimenta y evalúa el evento traumático influye directamente en la aparición de sintomatología asociada al mismo, como se ha visto, esta evaluación de la experiencia se realiza a través del funcionamiento y la interacción entre los mecanismos cerebrales y fisiológicos encargados de la supervivencia y de los procesos de pensamiento, que puede verse influida por algunos factores internos o externos ocurridos en el momento del acontecimiento como la disociación, experiencias previas, entre otros. Sin embargo, en el caso de los niños y niñas se agrega un factor adicional que raramente se encuentra presente en personas de mayor edad y este es la reacción de los cuidadores primarios frente al evento traumático; se ha observado que, durante los eventos altamente estresantes, los niños y niñas suelen buscar en sus cuidadores primarios y educadores señales que les hagan saber de qué forma tendrían que actuar en medio del caos ya que en muchas ocasiones su corta edad no les permite contar con experiencias previas suficientes que apoyen sus procesos internos de evaluación de la situación en la que se encuentran, por lo que requieren tomar del exterior dicha información. Es así que se puede observar que mientras los cuidadores y educadores se mantengan en un estado de calma y respondan adecuadamente a las necesidades del niño o niña, estos suelen sobrevivir a incidentes terribles sin afectaciones psicológicas severas; asimismo, se ha observado que cuando el cuidador se encuentra implicado en la amenaza o el evento traumático, hay mayor probabilidad de que el niño o niña desarrolle un trastorno de naturaleza postraumática (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; Van der Kolk, 2014; Romero & Ruiz, 2015).

Hasta hace algunos años, se pensaba que las niñas y los niños poseían una especie de inmunidad frente a los efectos de un trauma psicológico, no obstante, a

partir de la aparición del DSM-IV (APA, 1994), se consideró por primera vez que los niños y niñas podrían desarrollar secuelas psicológicas asociadas a eventos traumáticos, de la misma forma en la que ocurre con los adultos; y aunque aquí se describía la existencia de afectaciones en los niños y niñas, no se especificaban las características asociadas al trastorno en edades tempranas; esto ocurría ya que se conservaba la creencia de que como aún no alcanzaban la madurez en el desarrollo, no podía existir la configuración de trastornos como tales en la infancia; lo cual aunado a que la mayoría de los criterios diagnósticos especificados requerían un informe verbal y directo de su ocurrencia, continuaba complicando la correcta evaluación del TEPT en niños y niñas, ya que dichas pautas no se adecuaban a la forma en la que suelen manifestar sus síntomas, especialmente con los más pequeños que se encontraban aún en etapas preverbales del desarrollo (Romero & Ruiz, 2015).

Otra característica muy importante que es necesario reflexionar, es que la evaluación y el diagnóstico del TEA y TEPT en niños y niñas, resulta una tarea muy complicada ya que no solamente implica el identificar la expresión sintomatológica particular que tiene esta población, sino que además requiere tener en cuenta los constantes cambios que ocurren en el desarrollo, mismos que pueden modificar el cuadro sintomatológico de acuerdo con la maduración normal en distintas áreas, considerando que las afectaciones que una experiencia traumática produzca en un niño o niña dependerán además de la etapa de desarrollo en la que se encuentre en ese momento y durante el paso del tiempo, así como de las características de personalidad y temperamento, reacción de sus familiares; y la efectividad en los mecanismos de afrontamiento mediante los que suele regular sus estados afectivos (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; Romero & Ruiz, 2015).

En ese sentido, es importante considerar los impactos que el estrés traumático tiene en el desarrollo infantil, considerando que este va más allá de la configuración de un cuadro sintomatológico, precisamente al tratarse de personas que se encuentran en momentos clave del desarrollo físico y psicológico. Las niñas y los niños se encuentran transitando por cambios significativos que implican el aprender de las experiencias que van viviendo, tomando de éstas información que posteriormente les ayudará a comprender el funcionamiento de su mundo interior y exterior, que delimita sus pensamientos, conducta y emociones causando determinados patrones de funcionamiento, mismos que se verán reflejados en toda la extensión de su existencia actual y futura, es por lo anterior que no resulta sorprendente recibir reportes de que un niño o niña pareció haber “madurado rápidamente” a partir de un evento traumático o que una persona en edad adulta considere no haber tenido “suficiente infancia” por las mismas razones (NCTSN, 2004).

Asimismo, existen algunos factores de riesgo en la infancia que influyen en el incremento de la sintomatología postraumática y favorecen la configuración de trastornos de esta naturaleza entre los que se encuentran: poco apoyo parental, mayor grado de exposición al evento traumático, existencia previa de trastornos psiquiátricos, exposiciones repetidas a eventos traumáticos, agresión causada por cuidadores principales, ansiedad de los cuidadores, amenaza hacia los cuidadores, síntomas en los padres o cuidadores, intensidad del dolor posterior al trauma, baja efectividad en las estrategias de afrontamiento, entre otros (Perry, 2006; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; Van der Kolk, 2014; Romero & Ruiz, 2015).

Dentro de las manifestaciones clínicas identificadas en los niños y niñas preescolares expuestos a eventos traumáticos se encuentran: dificultad para conciliar el

sueño, pesadillas, terrores nocturnos, ansiedad por separación intensa, comportamiento dependiente, falta o incremento en el apetito, negarse a asistir a la escuela, irritabilidad, enojo, conductas agresivas o disruptivas, miedos sin relación con el trauma, conducta desafiante, retroceso en habilidades ya consolidadas (control de esfínteres, habla, entre otras), conductas repetitivas sin contenido afectivo, problemas con compañeros y/o hermanos, dificultad para poner atención en escuela o en casa, evitar situaciones que generan miedo, ansiedad sin motivo aparente, recuerdos intrusivos, dejar de realizar actividades placenteras (como jugar), y presencia de juego traumático, mediante el cual se recrea el evento, es repetitivo y se manifiesta con un contenido afectivo negativo o sin presencia del mismo; todas estas manifestaciones constituyen un cambio significativo en la conducta, afecto y funcionalidad del niño o niña y se presentan de forma posterior a una experiencia altamente estresante (NCTSN, 2008; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; Romero & Ruiz, 2015).

Los niños y niñas en edad escolar manifiestan un entendimiento más complejo sobre la naturaleza del desastre o del evento traumático, lo cual incluye tanto las posibilidades de supervivencia como los riesgos reales de daño e incluso muerte. Dentro de las reacciones iniciales que se observan se encuentran cambios en los patrones de sueño y apetito, así como comportamientos disruptivos desde las primeras semanas posteriores al evento traumático; considerando que aun los niños que no demuestran una sintomatología seria pueden presentar algún nivel de malestar emocional asociado al evento y por lo general se espera que regresen a su estado previo de funcionamiento, sin embargo, para algunas niñas y niños la molestia puede no desaparecer e incluso empeorar conforme pasa el tiempo, reduciendo su funcionalidad en la vida cotidiana. Las manifestaciones clínicas que se observan en la

niñez, se vinculan principalmente a la ansiedad, miedo y preocupación respecto a su propia seguridad, la de los otros y a que el evento se repita; además, suelen volverse inusualmente más irritables; presentar un aumento en su nivel de actividad; disminución de sus periodos de atención y concentración; retraimiento; enojos abruptos o explosiones de agresión; desconfianza hacia otros; aumento de las quejas somáticas; cambios en el desempeño escolar; reproducción del trauma ya sea mediante relatos, dibujos o juegos; reacciones exageradas frente al contacto, cambios de luz, movimientos inesperados o ruidos; preguntas constantes sobre la muerte; problemas con las autoridades; pesadillas o recuerdos inquietantes durante el día; alteraciones en el sueño; conductas que evitan los recuerdos del trauma; y entumecimiento emocional; manifestaciones que suelen afectar directamente la forma en la que interactúa tanto con adultos como con compañeros y hermanos, perjudicando directamente el establecimiento de vínculos saludables con otros (NCTSN, 2008; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

En ese sentido, en el DSM-5 (APA, 2013), tanto el Trastorno de Estrés Agudo como el Trastorno de Estrés Postraumático se encuentran dentro de la clasificación de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, los cuales tienen como característica principal que la exposición a un evento altamente estresante o traumático se presenta de forma explícita, conformando el criterio diagnóstico principal; asimismo, dichos trastornos son explicados haciendo uso de grupos sintomatológicos, denominados de acuerdo con el tipo de manifestaciones clínicas a las cuales hacen referencia y que se describen en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Trastorno de Estrés Agudo de acuerdo con DSM-5.

<i>Grupo sintomatológico</i>	<i>General</i>	<i>Niños</i>
Intrusión	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso. • Sueños angustiosos recurrentes con contenido o afecto relacionado al evento traumático. • Reacciones disociativas (sentirse o actuar como si se repitiera el evento). • Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas como respuesta a un agente interno o externo que recuerdan al evento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos repetitivos expresando temas o aspectos del suceso traumático. • Sueños aterradores sin contenido reconocible. • Representación específica del trauma en el juego.
Estado de ánimo negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se especifica.
Disociativos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de la realidad alterado (verse desde la perspectiva de otro, lentitud del tiempo, etc.). • Incapacidad de recodar un aspecto importante del evento. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se especifica.
Evitación	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o emociones asociados al evento. • Esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan pensamientos o emociones asociados al suceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se especifica.
Alerta	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño. • Comportamiento irritable, arranques de furia, que se puede expresar como agresión verbal o física. • Hipervigilancia. • Dificultades de concentración. • Respuesta de sobresalto exagerada. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se especifica.

Tabla 2. Trastorno de Estrés Post Traumático de acuerdo con DSM-5.

<i>Grupo sintomatológico</i>	<i>General</i>	<i>Niños mayores de 6 años</i>	<i>Niños menores de 6 años</i>
Intrusión	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso. • Sueños angustiosos y recurrentes con contenido y/o afecto relacionado al 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos repetitivos expresando temas relacionados con el evento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser angustiosos y expresarse en el juego. • Sueños aterradores sin

	<ul style="list-style-type: none"> evento. Reacciones disociativas (sentir o actuar como si se repitiera la situación, se puede llegar hasta la pérdida de la conciencia del entorno presente). Malestar psicológico intenso o prolongado frente a agentes internos o externos que recuerdan al suceso. Reacciones fisiológicas frente a elementos internos o externos que recuerdan al evento. 	<ul style="list-style-type: none"> Sueños aterradores sin contenido reconocible. Representación específica del trauma en el juego. 	<p>contenido reconocible, puede ser difícil determinar que el contenido se relaciona con el evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Representación específica del trauma en el juego.
Evitación	<ul style="list-style-type: none"> Elusión persistente de estímulos asociados al suceso traumático (recuerdos, pensamientos, emociones, recordatorios externos). 	<ul style="list-style-type: none"> No se especifica. 	<ul style="list-style-type: none"> Esfuerzos para evitar actividades o lugares que recuerdan al evento. Evitar a personas, conversaciones o situaciones alusivas al suceso.
Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre sí mismo, los otros o el mundo. Percepción distorsionada de la causa o consecuencias del evento. Estado emocional negativo persistente. Disminución del interés y/o participación en actividades importantes. Sentimiento de desapego o extrañamiento hacia otros. Incapacidad de experimentar emociones positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> No se especifica. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento importante de la ocurrencia de estados emocionales negativos. Disminución del interés o participación en actividades importantes (juego). Retraimiento social. Reducción de manifestaciones de emociones positivas.
Alerta reactividad y	<ul style="list-style-type: none"> Comportamiento irritable y ataques de enojo, agresión verbal o física. 	<ul style="list-style-type: none"> No se especifica. 	<ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad y arrebatos de enojo. Hipervigilancia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento imprudente o autodestructivo. • Hipervigilancia. • Respuesta de sobresalto exagerada. • Dificultades de concentración. • Alteraciones del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta de sobresalto exagerada. • Dificultades de concentración. • Alteraciones del sueño.
Disociativos	<ul style="list-style-type: none"> • Despersonalización: sentimiento de desapego como si se fuera un observador externo de los propios procesos mentales o físicos, como un sueño, sensación de irrealidad de sí mismo o del tiempo. • Desrealización: experiencia de irrealidad en el entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se especifica. • Despersonalización. • Desrealización.

Finalmente, teniendo en cuenta lo expuesto previamente, se considera que los trastornos de origen postraumático en niños y niñas se conforman por la interacción dinámica de diversos factores tanto internos como externos, que requieren de una intervención especializada para su adecuado abordaje clínico, tal como lo veremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Atenciones informadas en trauma

—Tendrás que caminar. Es un viaje largo, por una región que tiene sus cosas agradables y sus cosas terribles. Sin embargo, emplearé mis artes mágicas para protegerte de todo daño.

—¿No irá usted conmigo? —suplicó la niña, que había empezado a considerar a la ancianita como su única amiga.

—No puedo hacer tal cosa; pero te daré un beso, y nadie se atreverá a hacer daño a una persona a quien ha besado la Bruja del Norte.”

Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz” de Lyman Frank Baum

A lo largo del tiempo, y conforme ha evolucionado el estudio y entendimiento del trauma psicológico, también lo han hecho los tratamientos para el mismo. Actualmente se sabe que un trauma no solo constituye un evento que ocurrió en el pasado, sino que se refiere además a los vestigios de dicha experiencia en el cerebro, la mente y el cuerpo; los cuales continúan influyendo en la organización actual de la persona, es por esto que para que exista una mejoría verdadera, dicho cerebro, mente y cuerpo necesitan ‘comprender’ que la experiencia ha quedado en el pasado, centrándose en sus experiencias presentes (Van der Kolk, 2014).

Para Van der Kolk (2014), la clave para el tratamiento del trauma psicológico se encuentra en el lograr comprender cómo trabaja el organismo humano bajo situaciones de estrés; es así como consideró que el desarrollo e implementación de técnicas que utilizan la neuroplasticidad natural de la persona para el proceso de sanación son la forma más eficaz de tratamiento para el trauma psicológico. En este sentido, plantea que dichos modos de intervención pueden seguir alguna de las tres siguientes vías: la primera, de “arriba hacia abajo”, mediante actividades que favorecen la activación de procesos mentales superiores (como la narrativa), mientras se fortalece la autoobservación (experiencia emocional) y se estimulan y reprocesan los recuerdos

sensoriales de la experiencia; la segunda, mediante el consumo de medicamentos que bloquean la respuesta de alarma desproporcionada; y la tercera, de “abajo hacia arriba”, facilitando la experiencia desde lo corporal, con la finalidad de que la persona tenga una vivencia que se contraponga sensorialmente con lo experimentado durante el evento traumático. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el procedimiento que le funcionará mejor a un determinado cliente debe ser elegido de forma individual, considerando que la mayoría requieren una combinación de diferentes métodos (Van der Kolk, 2014).

Es importante valorar que, en los trastornos de origen traumático, el balance entre el cerebro emocional y el racional cambia sustancialmente, lo que convierte a las tareas cotidianas, como la autorregulación, en procedimientos muy difíciles de lograr; esto es debido a que el manejo eficaz del estrés depende de la capacidad de mantener en equilibrio a “ambos cerebros”, lo cual se logra mediante un manejo saludable de las emociones, que pueden ser reguladas de dos maneras: de forma ascendente (de abajo hacia arriba) o de forma descendente (de arriba hacia abajo). En este sentido, conocer la diferencia entre la regulación descendente y ascendente es crucial en el tratamiento de los trastornos relacionados con un trauma; la regulación descendente implica el fortalecimiento de los procesos mentales superiores como atención, pensamiento y lenguaje (cerebro racional) con la finalidad de controlar las sensaciones corporales; y la regulación ascendente, representa el trabajo con el cerebro emocional, con la finalidad de ‘reprogramar’ las respuestas generadas por el Sistema Nervioso Autónomo, mediante la respiración o los estímulos sensoriales (Van der Kolk, 2014). Otra consideración significativa al plantear un tratamiento para aflicciones postraumáticas, es la de diferenciar entre las originadas a partir de un evento traumático único y el trauma

crónico, esto es debido a que la sintomatología derivada de un solo suceso tiende a ser menos resistente al tratamiento, en comparación con la complejidad sintomatológica que representa un trauma crónico (Perry, 2014).

En cuanto al trabajo con niños, niñas y sus familias, existe una amplia gama de tratamientos clínicos que se utilizan para abordar la sintomatología postraumática, entre los que destacan: la terapia de juego, terapia de arte, terapia familiar, terapia en grupo, EMDR, musicoterapia, entre otros. Asimismo, existen cuatro principales enfoques terapéuticos que suelen utilizarse solos o en combinación: la prevención secundaria, es decir las intervenciones en la fase aguda del trauma, entre las que destaca la psicoeducación como elemento fundamental para devolver la sensación de calma y control frente a la desorganización que implica el trauma; la farmacoterapia, sustentada principalmente por la experiencia clínica en el tratamiento del TEPT infantil, la cual sugiere que algunas sustancias funcionan como coadyuvantes en la disminución de los principales síntomas de hiperactivación fisiológica; la psicoterapia individual, con la finalidad de tratar temas referentes a la autorregulación emocional, autoestima, habilidades sociales y afrontamiento de miedos específicos; y finalmente, las terapias cognitivo-conductuales, las más estudiadas, que han demostrado ser más efectivas en adultos con TEPT por evento único, y que, sin embargo, implican una mayor dificultad al ser utilizadas con niños pequeños y/o con traumatización crónica (Perry, 2014).

Por otro lado, de acuerdo con la National Child Traumatic Stress Network (2008), los tratamientos que han demostrado mayor eficacia para ayudar a niños y niñas a afrontar los impactos del estrés traumático incluyen de alguna manera los siguientes elementos: psicoeducación sobre los impactos del trauma, apoyo para recuperar la sensación de seguridad (tanto para los niños como para sus familias), estrategias de

regulación emocional, oportunidades para conversar y resignificar el evento traumático en un ambiente de confianza, incluir a los cuidadores primarios en el proceso de mejora (NCTSN, 2008b). Es aquí donde aparecen las llamadas intervenciones informadas en trauma, de las cuales se hablará más adelante.

Cuidado informado en trauma (Trauma-Informed Care)

Se conoce como Cuidado Informado en Trauma (TIC por sus siglas en inglés) a una forma de trabajo adoptada por algunas instituciones a través de la cual se pretende garantizar una atención ética y con fundamento los derechos humanos para las personas que han tenido experiencias de vida altamente estresantes o que se encuentran atravesando por algún tipo de adversidad en sus vidas. Se trata en esencia de una forma de estructura organizacional dentro de la que se incluye una forma de tratamiento clínico que implica comprender, reconocer y responder a los efectos de los diferentes tipos de traumas, mediante la implementación de prácticas que no revictimizan ni retraumatizan a los sobrevivientes de eventos traumáticos de cualquier tipo. Se caracteriza por hacer un énfasis en el establecimiento de seguridad física, psicológica y emocional tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio, facilitando la recuperación posterior a los momentos de crisis (Hopper, Bassuk, & Olivet, 2009).

Es así como en el 2009, Hopper, Bassuk & Olivet establecieron la siguiente definición basada en un consenso: *"El cuidado informado en trauma es un marco basado en fortalezas que se fundamenta en la comprensión y la capacidad de respuesta al impacto del trauma, que enfatiza la seguridad física, psicológica y emocional para proveedores y sobrevivientes, y que crea oportunidades para que los*

sobrevivientes reconstruyan un sentido de control y empoderamiento". (p. 133). En ese sentido, se considera que el cuidado informado en trauma tiene los siguientes cuatro ejes principales que lo diferencian frente a otras modalidades de atención a poblaciones vulnerables: conciencia de trauma, énfasis en la seguridad, proporciona oportunidades para reconstruir el control y finalmente, se trata de un enfoque basado en las fortalezas (Hopper, Bassuk & Olivet, 2009).

La *conciencia de trauma* se refiere a que dentro de las instituciones que trabajan bajo el marco del TIC, las prácticas organizacionales son modificadas para incluir la conciencia de los potenciales efectos devastadores de las experiencias traumáticas tanto en los usuarios como en los proveedores del servicio. El personal incorpora dentro de sus labores cotidianas el entendimiento del trauma psicológico y sus efectos a nivel biopsicosocial en los usuarios; lo cual necesariamente implica un cambio en la perspectiva con la que se realiza el trabajo, teniendo como elementos fundamentales la capacitación y supervisión constantes; así como el monitoreo y evaluación periódica de los colaboradores considerando la importancia del promover el autocuidado y de prevenir la posible presencia de trauma vicario en los prestadores del servicio.

El *énfasis en la seguridad* cobra relevancia ya que los sobrevivientes de trauma a menudo se sienten inestables respecto a su seguridad y en ocasiones pueden encontrarse aún en peligro, en ese sentido, las instituciones informadas en trauma trabajan para establecer seguridad tanto física como emocional para los usuarios y los prestadores de los servicios que en ella trabajan. Esforzándose por conocer los potenciales detonadores de situaciones críticas, evitando la retraumatización de los usuarios y respetando la confidencialidad. Aunado a lo anterior el sistema institucional requiere estar al tanto de la dinámica de abuso de poder y violación de límites que por

lo general involucra el trauma interpersonal, estableciendo roles y límites claros dentro del funcionamiento organizacional. La seguridad abarca también la creación de una atmósfera saludable e incluyente de las diferencias culturales y diversidad en general.

Las *oportunidades para reconstruir el control* aparecen dentro de los pilares del TIC ya que el vivir uno o varios eventos traumáticos son en sí experiencias desorganizadoras y desempoderantes, en las que la persona a menudo se encontró a merced de fuerzas ajenas (ya sean de origen intencional o accidental), que la colocaron en una posición de vulnerabilidad y de indefensión, disminuyendo su capacidad de respuesta y de control sobre su bienestar en general. Es por ello que dentro de las instituciones informadas en trauma se trabaja para crear entornos predecibles que permiten a los usuarios recuperar su sentido de eficacia y control sobre sus vidas.

Finalmente, se dice que el TIC es un *enfoque basado en fortalezas*, ya que se procura que los servicios y atenciones se orienten más en las fortalezas de los usuarios que en los déficits que pueden presentar. En ese sentido, la institución tiene como misión ayudar al usuario a identificar sus propias fortalezas y desarrollar habilidades de afrontamiento funcional, centrándose en el presente y futuro, procurando fortalecer y desarrollar habilidades que incrementen la resiliencia para prevenir futuras recaídas o complicaciones mayores.

Asimismo, dentro del TIC se incluyen a las intervenciones diseñadas para abordar directamente el impacto del trauma de forma clínica, con el objetivo de disminuir la sintomatología postraumática y facilitar la recuperación, conocidas como Servicios Específicos de Trauma (TSS, por sus siglas en inglés). Los TSS son diferentes al TIC ya que los primeros se refieren a tratamientos clínicos específicos para los trastornos mentales resultantes de una exposición traumática, mientras que el TIC

es una forma de trabajo institucional que organiza y guía al sistema prestando particular atención a los impactos de las experiencias traumáticas en sus usuarios (Hopper, Bassuk, & Olivet, 2009).

Modelo Terapéutico Neurosecuencial (NMT)

Siguiendo con la línea del Cuidado Informado en Trauma y de los Servicios Específicos del Trauma, en las cuales, es fundamental que los usuarios logren el entendimiento de los efectos de las experiencias traumáticas; se plantea el Modelo Terapéutico Neurosecuencial, que en conjunto con las aportaciones contenidas en el capítulo 1, constituyen el marco teórico de referencia sobre los efectos del trauma en los niños, para lo que más adelante se propondrá como la Psicoterapia Infantil Informada en Trauma.

De acuerdo con Bruce Perry (2005), las experiencias traumáticas en la infancia ocasionan modificaciones importantes en el neurodesarrollo infantil, las cuales pueden implicar tanto cambios en el funcionamiento y en los procesos de pensamiento, como dentro de la estructura de las áreas subcorticales cerebrales. A partir de estas premisas, desarrolla un modelo teórico explicativo de intervención terapéutica en situaciones de trauma psicológico, partiendo del conocimiento de que el cerebro se desarrolla de forma secuencial y de forma ascendente, así como de los estudios realizados por Van der Kolk (2014) sobre la configuración neuropsicológica de las experiencias traumáticas, proponiendo que las intervenciones terapéuticas en estos casos necesitan seguir esta misma secuencia de desarrollo normal con la finalidad de incidir en las memorias no declarativas que activan la sintomatología postraumática y llegar a una integración de la experiencia partiendo desde los estímulos sensoriales,

pasando por las experiencias netamente emocionales y hasta los procesos mentales superiores de pensamiento y lenguaje.

Es decir, el NMT se ocupa de articular la fundamentación teórica de un abordaje terapéutico informado en neurodesarrollo para trabajar clínicamente con niñas, niños y adolescentes traumatizados; donde más que la descripción de técnicas específicas, se plantea una identificación de los sistemas y áreas cerebrales clave que son afectadas por las experiencias de vida adversas, ayudando a focalizar la selección de actividades terapéuticas y la secuencia con las que son presentadas dentro del tratamiento. En ese sentido, el NMT, presta atención especial a la evaluación e identificación tanto de las problemáticas como de las fortalezas principales, con la finalidad de establecer una secuencia en las intervenciones que considere y responda ante las necesidades específicas de la etapa del desarrollo en la que se encuentra el niño. (Perry, 2005; 2009).

En consecuencia, algunos autores se dieron a la tarea de ampliar la información sobre cómo el conocer la forma en la que un trauma ha impactado a nivel neurofisiológico es uno de los requisitos básicos del terapeuta informado en trauma para poder reconocer adecuadamente la sintomatología y sus reacciones adaptativas; conocimiento a partir del cual podrá identificar el nivel de funcionamiento del individuo y, por lo tanto, elegir las estrategias y técnicas que tendrán un mayor efecto en el proceso de recuperación. Tal es el caso de Malchiodi y Crenshaw (2014) quienes desarrollaron el continuo de neurodesarrollo y terapias artísticas que se presenta en la tabla 3, el cual describe de forma puntual el uso correcto de los materiales dentro de la terapia de arte dependiendo del área cerebral en la que se pretende incidir dentro del tratamiento;

asimismo, recomiendan que las intervenciones sigan la secuencia natural ascendente del neurodesarrollo, descrita por Perry (2005; 2009).

Tabla 3. Neurodesarrollo y terapias artísticas.

<i>Área del cerebro</i>	<i>Funciones Generales</i>	<i>Nivel del continuo de terapias expresivas</i>	<i>Intervenciones desde la terapia de arte</i>
Tallo cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Atención. • Sintonía con los demás. • Apego a los demás. • Respuestas de estrés. 	Kinestésico/sensorial.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso sensorial de materiales de arte. • Texturas y elementos táctiles. • Experiencias artísticas auto-calmanes (visual, musical, movimiento). • Experiencias de conexión y aprobación • Rituales / estructura en presentación.
Diencefalo mesencefálico	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades motoras. • Coordinación. • Respuestas de estrés. • Sintonía con los demás. • Apego a los demás. 	Kinestésico/sensorial.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades físicas (cruzar la línea media, involucrar al cuerpo). • Aprender habilidades a través del arte y el juego. • Experiencias artísticas auto-calmanes (visual, musical, movimiento). • Experiencias de conexión y aprobación. • Rituales / estructura en presentación.
Sistema límbico	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación emocional. • Placer. • Relaciones. • Sintonía. • Apego. 	Perceptual/afectivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Máscaras, títeres para proyección y juego relacional. • Manualidades para la expresión creativa y la mejora de habilidades. • Terapia de arte grupal/familiar. • Experiencias artísticas auto-calmanes (visual, musical, movimiento). • Rituales / estructura en presentación.
Corteza cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Cognición. • Funciones ejecutivas. • Autoimagen. • Competencias sociales. • Comunicación. 	Cognitivo/simbólico.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden utilizar métodos cognitivos, pero aún pueden necesitarse métodos sensoriales y afectivos. • Biblioterapia con arte y juego. • Arte para mejorar habilidades y autoestima. • Trabajo en equipo en terapia de arte grupal. • Habilidades para resolver problemas.

Fuente: Malchiodi & Crenshaw, 2014.

Intervenciones psicosociales en situaciones de desastre natural

Como ya se vio en el capítulo 1, los desastres tienen diferentes formas de clasificación y la manera de entenderlos cambia dependiendo las características que presentan, así como de su origen y capacidad destructora. Retomando la definición de Shawn, Espinel y Schultz (2012) un desastre es *“un encuentro entre fuerzas de daño y una población humana en peligro, influenciada por el contexto ecológico, en el que las demandas de la situación exceden la capacidad de afrontamiento de la población afectada.”* (p.19), en ese sentido un desastre natural consiste en una catástrofe de grandes magnitudes y que tiene su origen en los procesos innatos del planeta y la naturaleza. Sin embargo, es importante recordar que, para estos autores, la línea que divide a los desastres naturales de los no-naturales es muy difusa por lo que acuñan una tercera clasificación denominada como “desastres multidimensionales” (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012, p. 21.) que se refieren a los que contienen tanto elementos de un desastre natural como de uno por causas humanas, las cuales intensifican los efectos de este en las personas, las infraestructuras y la comunidad.

Independientemente de su naturaleza, los desastres pueden manifestarse en una amplia gama de presentaciones, que pueden ser categorizadas mediante los siguientes constructos que describen jerárquicamente la demanda de atención que será requerida: crisis, emergencia, desastre, catástrofe y emergencia compleja. Tal escalafón surge como una descripción de los recursos con los que se cuenta comunitariamente para afrontar los eventos que han azotado su cotidianeidad, considerando que en una situación de *crisis* la comunidad cuenta con amplios recursos que por lo general son suficientes para afrontar el momento crítico. En ese sentido, en el estado de *emergencia* a pesar de que se considera que el desafío es mayor, los recursos

comunitarios siguen siendo adecuados para responder a sus necesidades. Por otro lado, la situación se comienza a considerar como un *desastre* en el momento en el que el problema comienza a sobrepasar las capacidades de recuperación comunitarias y aparece la necesidad de solicitar apoyo del exterior; asimismo, una *catástrofe* se identifica cuando la situación es tan intensa que la capacidad de respuesta de la comunidad no solo está sobrepasada, sino que se encuentra destruida en su mayoría. Finalmente, una *emergencia compleja* es en esencia una desorganización psicosocial severa que usualmente se ocasiona por conflictos bélicos y/o sociales en los que la ruptura del abastecimiento e infraestructura comunitaria es tal que deviene en desplazamientos forzados y solicitudes de asilo político (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Además de los posibles efectos psicológicos, económicos y sociales tanto a nivel individual como comunitario de los desastres en gran magnitud, es importante diferenciar las etapas de trauma que de acuerdo con la literatura se presentan ante cualquier situación de desastre que involucre a una comunidad humana, y se dividen en cuatro fases: heroica, luna de miel, desilusión y reconstrucción.

La primera etapa, llamada *fase heroica*, ocurre esencialmente durante el evento o inmediatamente después del mismo y adquiere su nombre de las actividades de apoyo y unión que suelen presentarse durante el impacto de la catástrofe en la comunidad. Posteriormente ocurre la fase de *luna de miel*, que ocurre entre una semana y hasta 3 o 6 meses después del impacto de un desastre y tiene como característica primordial el mantenimiento de conductas filantrópicas y de apoyo dentro de la comunidad. Luego se presenta la fase de *desilusión*, en la que los sentimientos representativos son la desesperanza y desilusión ya que conforme la comunidad vuelve

a sus actividades cotidianas, las actividades altruistas y humanitarias disminuyen, dejando atrás una sensación de desaliento al enfrentarse con la realidad que implican los efectos del desastre en la vida de las y los afectados. Finalmente aparece la fase de *reconstrucción* que puede durar años después del impacto del desastre y en la que se da una reestructuración a nivel psicológico, económico, comunitario y social (Planas, s.f.).

Como ya se vio anteriormente, la exposición a un desastre de grandes magnitudes, puede acarrear una serie de complicaciones psicosociales a corto, mediano y largo plazo en los sobrevivientes, es por ello que las intervenciones en crisis adquieren una particular importancia al presentarse como una forma de actuación preventiva ante la posible configuración de trastornos de mayor complejidad dentro de una comunidad traumatizada por un desastre, como lo es un terremoto. En ese sentido, la NCTSN (2015) plantea que, en cualquier etapa del desastre, las condiciones sociales de los niños y sus familias inciden directamente en el tipo y la calidad de la atención que obtendrán posterior al mismo, estimando que en la mayoría de los casos se realizará dentro de sus rutinas normales y con el apoyo de sus padres, profesores y otros adultos en la comunidad; sin embargo, también es importante tener en cuenta que existirán niños y familias que requieran de un apoyo y servicios adicionales; retomando y enriqueciendo, para estos casos, la propuesta de trabajar con niños y sus familias afectados por desastres, mediante tres niveles de atención: a) intervenciones universales: pensadas para todos los miembros de la comunidad; b) intervenciones dirigidas: para el trabajo a corto plazo con niños y niñas que muestran sintomatología moderada; c) intervenciones intensivas: para niños y niñas con sintomatología más severa y duradera. Misma que fue sugerida inicialmente por el Instituto de Medicina de

Estados Unidos (Instituto de Medicina de Estados Unidos, s.f.; como se citó en NCTSN, 2015).

En ese sentido, se considera que una intervención efectiva para niñas y niños expuestos a situaciones de desastre tiene los siguientes propósitos: promover la sensación de seguridad, facilitar el establecimiento de relaciones saludables, fortalecer a la comunidad, e intensificar su sentido de autoeficacia personal y colectiva. Debido a lo anterior las intervenciones específicas hacen uso de estrategias de resolución de problemas, psicoeducación, manejo de estrés, técnicas de relajación, entre otras (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; NCTSN, 2015).

Intervenciones psicosociales a través del ciclo de vida del desastre

Retomando las fases del ciclo de vida de los desastres (preimpacto, impacto y postimpacto), descritas por Shawn, Espinel, y Schultz (2012); es importante considerar que el tipo de intervenciones que se realizan en cada una de ellas son diferentes entre sí y dependen directamente del tipo de evento al que se enfrente, así como de los recursos con los que cuenta la comunidad para soportarlo en ese preciso momento.

La fase denominada como preimpacto se refiere a los momentos previos al golpe directo de las fuerzas destructivas y contiene al periodo entre la ocurrencia de dos eventos similares. Las intervenciones en ésta se caracterizan por incluir planes de acción frente a la presencia de un desastre y prevención de posibles riesgos exhortando a la comunidad a participar en los mismos. Esta etapa se extiende hasta el momento en el que se detecta la presencia de un desastre, incorporando la emisión de alertas que advierten a la comunidad de la aparición probable o inminente de un evento de tal magnitud. En este periodo, las intervenciones cobran particular importancia para

la salud mental de la comunidad ya que mediante las mismas se puede trabajar en mitigar los daños psicológicos y el trauma ocasionados por un evento de tal magnitud, al establecer planes de acción y protección pertinentes, que les permitirá mantenerse a salvo durante la presencia de las fuerzas del desastre (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

La siguiente fase es la del impacto en la cual se experimenta la fuerza total del desastre, y se asocia con una alta probabilidad de presentar lesiones corporales y muerte, destrucción física y afectaciones generales en la comunidad. Aunado a ello se experimentan momentos en los que se suele temer por la vida e integridad mismas, presenciando escenas grotescas o con una violencia extrema, provocando angustia emocional. Aquí, el grado de riesgo para la salud mental de los sobrevivientes varía dependiendo de algunos factores como la naturaleza del desastre, el nivel de exposición al mismo, la magnitud de la destrucción y daño en la comunidad, así como de la cantidad de estresores posteriores. Debido a las fuerzas abrumadoras del evento tanto niños como adultos pueden experimentar profundos sentimientos de impotencia, lo cual constituye la experiencia traumática en sí. En esta etapa, los esfuerzos se concentran en mantener la seguridad generalmente siguiendo los planes de acción ensayados en el preimpacto; y se pueden identificar actos heroicos durante la conmoción que por lo general cumplen con la finalidad de salvarse a sí mismos, familiares, vecinos o bienes materiales (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

La fase del postimpacto incluye los periodos: inmediato, intermedio y posterior al evento, y las intervenciones se caracterizan principalmente por trabajos de búsqueda y rescate, así como intervenciones de carácter médico o psicosocial, que tienen como finalidad movilizar los sistemas de atención comunitaria, fortalecer la resiliencia, así

como las habilidades de afrontamiento ante las adversidades secundarias que se presentan luego de un desastre como la falta de vivienda, dificultades económicas, etcétera. En este momento los y las sobrevivientes pueden atravesar por momentos más difíciles que la experiencia del desastre en sí mismo, esto es debido a que paulatinamente se dan cuenta del gran trabajo y la cantidad de tareas que implica lograr la recuperación total; que además incluyen en ocasiones procesos burocráticos y rebuscados; lo cual puede generar una creciente desilusión en los niños niñas y sus familias (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Intervenciones psicológicas en situaciones de desastre natural

Para hablar sobre este tema, es primordial tener en cuenta que la mayor parte de las actividades realizadas por profesionales de la salud mental suelen presentarse en el contexto de organizaciones gubernamentales o cuasi gubernamentales y por lo general, ocurren inmediatamente después de la ocurrencia del mismo; identificando que uno de los primeros trabajos del profesional consiste en proporcionar seguridad, apoyo y en general actividades consistentes en primeros auxilios psicológicos y no una terapia de trauma en sí (Briere & Scott, 2015).

Además, las intervenciones psicológicas se dividen en 4 etapas específicas: la etapa del impacto, la fase aguda o inmediata, la fase intermedia y el periodo de recuperación prolongado. Resaltando que, en cualquiera de estas fases, los padres, cuidadores y demás miembros de la familia significativos para la niña o niño, son integrados en la intervención terapéutica, ya que son vistos como una pieza clave en prácticamente todas las modalidades de tratamiento; sin embargo, independientemente del tipo de intervención o la fase en la que se presente, debido a las implicaciones para

el niño(a), su familia y la comunidad, estas deben ser “hechas a la medida” para su aplicación específica con cada niño, familia y comunidad (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

En ese sentido, Shawn, Espinel y Schultz (2012) enlistan las pautas generales de intervención que para ellos son necesarias frente a cualquier tipo de desastre en el cual existen niñas y niños involucrados: proporcionar un sentido de seguridad, poner en contacto al niño(a) y su familia con lugares de apoyo familiar y social; proporcionar información para disminuir la incertidumbre; dar espacio para que las niñas(os) puedan hablar del tema y ayudarles a comprender lo ocurrido, identificando y corrigiendo las posibles distorsiones cognitivas; evaluar los factores estresantes que afectan al niño(a); valorar la presencia de posibles trastornos psicológicos y psiquiátricos; promover resiliencia; proporcionar una reexposición cuidadosa y controlada al trauma, en caso de ser necesario; elaborar las situaciones que involucran culpa, traición, venganza e indefensión; estimar el impacto de la experiencia en el desarrollo de la niña(o); trabajar el cambio de actitud hacia sí mismos, otros y el futuro, así como la pérdida de creencias fundamentales; promover la asimilación e integración de la experiencia traumática; identificar los posibles recordatorios traumáticos e incrementar la tolerancia a los mismos; proveer tratamiento para los trastornos específicos; favorecer estrategias de afrontamiento adaptativas; impulsar la continuidad e integridad de los sistemas de apoyo familiar y sociales; y favorecer el restablecimiento de los procesos de desarrollo normales.

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) son en esencia intervenciones diseñadas para ser llevadas a cabo por algún profesional de la salud mental o por cualquier otro trabajador de atención en desastres, que tienen como objetivo principal el proveer una atención inmediata a niños, familias y adultos en general afectados por una situación de desastre; con la finalidad de reducir el estrés psicológico, promover estrategias de afrontamiento adaptativas e incrementar la resiliencia. Se dice que los PAP pueden ser provistos por una amplia variedad de profesionales de la salud mental y de atención de desastres; sin embargo, es necesario no perder de vista que para poder realizar dicha labor se debe de contar con características personales como alta tolerancia a la frustración y excelentes estrategias de afrontamiento funcional y manejo del estrés saludable; ya que de no ser así se corre el riesgo de no lograr los objetivos establecidos (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

En ese sentido, los PAP han sido diseñados para facilitar el funcionamiento y afrontamiento adaptativos de los sobrevivientes durante el periodo inmediato posterior a la ocurrencia de un desastre, asumiendo que las y los sobrevivientes tienen un impulso natural a la recuperación y que el profesional es únicamente un catalizador durante ese proceso que concluye al restaurar el previo equilibrio psicológico de la persona. Asimismo, se fundamentan en algunos principios básicos como: cuentan con evidencia empírica acerca de su funcionamiento, son prácticos y aplicables en el trabajo de campo, se adecuan al nivel de desarrollo a lo largo de la vida, y poseen sensibilidad cultural y siendo adaptables a la misma; además los PAP no asumen que los sobrevivientes forzosamente desarrollarán problemas severos de salud mental posteriores, sin embargo si comprenden que las personas pueden tener una amplia

variedad de reacciones frente a un evento traumático de manera inmediata, las cuales pueden llegar a interferir con el afrontamiento adaptativo y la funcionalidad de las usuarias (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

De acuerdo con lo anterior, los PAP pretenden catalizar el proceso natural de recuperación mediante la psicoeducación, el aliento de conductas de afrontamiento adaptativo, la movilización de las familias hacia los sistemas disponibles de apoyo comunitarios, y la disminución del estrés psicológico; exhortando a los(as) sobrevivientes a recuperar sus rutinas cotidianas lo más pronto posible. Dicho proceso se logra principalmente a través de la presencia calmada, disponible y compasiva del prestador del servicio a quien se le recomienda realizar las ocho acciones descritas en la tabla 4, en el orden como se establecen, resaltando que en el caso de niños y niñas el principal objetivo es reunirle con su familia en caso de que se encontraran separados. Además, los prestadores del servicio deberán identificar y mantener en observación a las personas que se detecten con un mayor riesgo psicológico y quienes probablemente requerirán de una intervención profesional más específica (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Tabla 4. Elementos fundamentales de los Primeros Auxilios Psicológicos.

<i>Objetivos esenciales</i>	<i>Acciones Principales</i>
a) Establecer contacto humano de forma no intrusiva y compasiva.	1. Contacto y compromiso.
b) Intensificar la seguridad inmediata y continua.	2. Seguridad y comodidad.
c) Proveer comodidad psicológica y física.	3. Estabilización.
d) Calmar y orientar a sobrevivientes emocionalmente perturbados.	4. Recopilación de información: necesidad y preocupaciones actuales.
e) Incentivar a las personas para que expresen sus necesidades y preocupaciones.	5. Asistencia práctica.
f) Proporcionar información y asistencia práctica.	6. Enlace con apoyo familiar.
g) Contactar con apoyo familiar y social.	7. Información sobre afrontamiento.
h) Favorecer estrategias de afrontamiento adaptativas y resilientes.	8. Vincular con servicios colaborativos.
i) Vincular a las sobrevivientes con los servicios disponibles.	

Fuente: Shawn, Espinel, y Schultz, 2012, p. 190-191.

Intervención en crisis

Se trata de una estrategia para reducir o eliminar síntomas específicos en los y las sobrevivientes de un desastre, teniendo como objetivo fundamental el que puedan regresar a su nivel de funcionamiento previo a la catástrofe. En ese sentido, la intervención en crisis presta especial atención a las reacciones de estrés agudo extremas que suelen presentarse en el periodo del impacto y el posterior inmediato al mismo. De acuerdo con lo anterior, la intervención en crisis puede ser considerada una forma de psicoterapia de muy corta duración, que por lo general dura entre 1 y 6 sesiones, en la que se utilizan técnicas específicas de relajación, reestructuración cognitiva, y psicoeducación respecto a los efectos del trauma, afrontamiento funcional y resolución de problemas; además algunos enfoques pueden incluir también estrategias de distracción para mover el foco atencional de la persona hacia actividades distintas, más nutritivas y reconfortantes como el juego o de contacto social; tratando de disuadir cualquier actividad poco saludable que pueda estarse presentando como el consumo

de sustancias o el exceso de trabajo. En el caso de los niños, un aspecto fundamental en el trabajo de la salud mental es la normalización de sus respuestas ante un evento traumático y el permitir que pueda expresarse en un entorno seguro y empático sin interrogarle o exigirle información respecto a lo ocurrido (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Psicoeducación

Por su parte, la psicoeducación es una estrategia que se utiliza a lo largo del proceso de recuperación postraumática, independientemente del momento en el que se presente la intervención, y tiene como objetivos: normalizar las reacciones psicológicas en una situación traumática, devolverle a los sobrevivientes la sensación de control, ayudarles a identificar situaciones que pueden requerir mayor atención futura, alentar a los niños y sus familias para resolver problemas y pedir ayuda, además de promover estrategias de afrontamiento funcional, entre otros. Generalmente se utiliza para informar a los usuarios sobre los efectos del trauma, duelo, afrontamiento, factores de riesgo y protección, así como de técnicas para el manejo del estrés; pudiendo realizarse en diferentes modalidades ya sea de forma individual, grupal, materiales de trabajo, libros, o propaganda (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

En el trabajo con niños y sus familias, la psicoeducación puede ser reconfortante para los padres, ya que les ayuda a incrementar sus conocimientos y confianza en sus habilidades parentales, proporcionando estrategias puntuales mediante las que pueden proteger y apoyar a sus hijos. En ese sentido, se les anima a los padres a realizar las siguientes acciones: mantener a su familia unida; garantizar a los niños que están seguros; incluir a los niños en actividades antes y después del desastre, evitando

dejarlos solos; hablar a los niños en un lenguaje apropiado para su edad; escuchar lo que tienen por decir sus hijos respecto a sus pensamientos y emociones; alentarles a que platiquen sobre el tema; retomar las rutinas y actividades cotidianas lo más pronto posible y; regular su exposición a imágenes desastre en vivo o medios de comunicación; entre otras. (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Terapia de juego

Es un tratamiento que utiliza el juego como estrategia principal en el trabajo con niños. Se parte desde la noción de que el juego es la forma natural mediante la que los niños y niñas expresan sus emociones, pensamientos, deseos y conflictos internos, además de ser esta la forma en la que suelen lidiar con sus experiencias cotidianas, moviéndose desde una posición pasiva hacia una activa dentro de la fantasía en la que crea lo que le falta en la realidad, adquiriendo un sentido de control sobre lo que le ocurre en su vida (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

En el tratamiento del trauma psicológico, la terapia de juego se centra en entender el significado que el niño ha dado a la experiencia traumática; explorando la forma en la que ésta se relaciona con otras vivencias, traumatizaciones previas, conflictos internos, mecanismos defensivos, y habilidades de afrontamiento. Mediante el juego, los niños suelen reproducir lo que ocurrió, pero desde un mundo de fantasía en el que se transmite un sentido de empoderamiento, dominio y seguridad frente al evento; aprendiendo así a lidiar con los efectos devastadores del trauma. En ese sentido, el trabajo del terapeuta consiste en identificar los significados dentro del juego, ayudando al niño a elaborar los sentimientos de indefensión experimentados y mostrándole nuevas estrategias de afrontamiento funcional, con la finalidad de integrar

la experiencia traumática dentro de la historia de vida del niño, en consecuencia, el terapeuta debe identificar cuando es momento de permitir la expresión libre de emociones asociadas al evento traumático y cuando es necesario intervenir para la resignificación del mismo (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Chapman's Art Therapy Treatment Intervention (CATTI)

La Intervención en Tratamiento de Terapia Artística de Champan (CATTI, por sus siglas en inglés), es una técnica de intervención diseñada para abordar la sintomatología presente en un trauma agudo que tiene como objetivo facilitar la activación de las áreas subcorticales en las que se encuentran alojadas las memorias no declarativas asociadas al evento traumático; con la finalidad de crear un relato “no-verbal”, mediante dibujos, que puedan ser transformados en una narrativa “verbal” del evento. Esta técnica surge de un modelo de tratamiento denominado neuro-developmental model of art therapy (NDAT), que se fundamenta en el entendimiento de la neurobiología, el neurodesarrollo, y la configuración de las memorias traumáticas a nivel cerebral, utilizando la capacidad integradora del cerebro para producir cambios (Chapman, 2014).

En esencia, el CATTI consta de 4 etapas para su realización, la primera es denominada “garabatos” que consiste en, como su nombre lo indica, la realización de rayones aleatorios en una hoja para activar mediante movimientos rítmicos y repetitivos al sistema límbico y así comenzar a estimular la recuperación de la memoria no declarativa. En un segundo momento, denominado “narrativa de dibujo visual” se le pide al paciente que mediante dibujos “relate” la historia de lo que le ocurrió, siguiendo las pautas, en forma de preguntas, marcadas por el terapeuta para organizar la historia.

Posteriormente, se realiza la tercera parte que es la de “contar y re-contar” durante la cual el paciente narra verbalmente la historia de lo ocurrido, mientras que el terapeuta va identificando posibles distorsiones cognitivas en el mismo y facilitando la resignificación de las mismas mediante preguntas reflexivas; luego, el paciente vuelve a contar la historia incluyendo todos los elementos que surgieron durante la reflexión. Finalmente, se presenta la cuarta etapa, denominada “reducción de síntomas” durante la cual pueden presentarse momentos de intranquilidad o hipersensibilidad durante los que se le pide a la persona que haga uso de algunos mecanismos de afrontamiento previamente ensayados para promover la estabilización de la sintomatología aguda derivada de un evento traumático (Chapman, 2014).

Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR)

La desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) es un modelo de intervención, diseñado por Francine Shapiro en los años 80's, para abordar la sintomatología derivada de las memorias traumáticas, su objetivo principal es facilitar el acceso y reprocesamiento de los recuerdos asociados a eventos traumáticos, llevándolos a una resolución más adaptativa que conlleva un alivio del malestar emocional ocasionado por las mismas (Shapiro, 2004; Kitchiner, Roberts & Bissori, 2006; Logie, 2014).

Durante la aplicación, se le pide al paciente que identifique y se enfoque brevemente en el aspecto más angustiante del recuerdo y el malestar emocional que éste le provoca, al mismo tiempo que coloca su atención en un estímulo sensorial externo (movimientos oculares, sensaciones táctiles o sonidos bilateralizados). Esto se

realiza en intervalos de entre uno o dos minutos, llevando a cabo una retroalimentación después de cada uno, hasta que el paciente reporta disminución de la sintomatología (Kitchiner, Roberts, & Bissori, 2006; Logie, 2014). La técnica tiene una estructura básica compuesta por ocho fases estructuradas, que tienen que estar claramente definidas independientemente de la modalidad (grupal o individual) en la que se aplique la misma: historia del paciente, preparación, evaluación de aspectos primarios de la memoria, desensibilización, reprocesamiento e instalación de cogniciones positivas, examen corporal, reevaluación y cierre (Marín, Guillén & Vergara, 2016).

Trabajo con padres

Aunado a los anteriores, el trabajo con padres se considera particularmente relevante en el tratamiento del trauma psicológico infantil ya que los momentos traumáticos más agudos para los niños se encuentran usualmente acompañados por la concientización de que existe una amenaza real que los vuelve vulnerables y una inminente posibilidad de daño físico o de muerte, frente a la que sus padres no serán capaces de mantenerles a salvo (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

En ese sentido, se estima que una de las variables predictoras de sintomatología severa en los niños más significativa está relacionada directamente con la presencia de una respuesta poco saludable de los cuidadores del niño(a) en el momento del impacto e incluso dentro del postimpacto. Por lo que el trabajo se centra principalmente en fortalecer la interacción afectiva entre éste y sus cuidadores con la finalidad de optimizar las respuestas emocionales de los segundos hacia los niños, para reforzar su expresión emocional, autonomía y habilidad para resolver problemas, entre otros (Romero & Ruiz, 2015). Asimismo, se suele utilizar el psicoeducación como estrategia

clave en el trabajo con padres, mediante la que se pretende mostrar a éstos formas de afrontamiento más saludables en situaciones altamente estresantes, así como los puntos básicos para asegurar la tranquilidad de los niños, promover la convivencia y comunicación familiar, retomar las rutinas diarias, entre otros (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012).

Psicoterapia infantil informada en trauma (PIIT)

El concepto de psicoterapia infantil informada en trauma se construye a partir de la integración de los elementos que contiene el Cuidado Informado en Trauma (Hobfoll et. al., 2007; Hopper, et. al., 2009); las nociones básicas de la psicoterapia infantil con juego (Esquivel, 2010; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012) y los planteamientos fundamentales de la intervención en crisis y la psicoterapia en emergencia (Bellak & Small, 1980; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; Evans & Coccoma, 2014). Es decir, se trata de un tipo de intervención clínica que puede ser considerada dentro de los Servicios Específicos de Trauma (TSS) mediante la que se pretende fortalecer la salud mental infantil en situaciones de estrés y trauma inminente.

Para los fines del presente trabajo, la Psicoterapia Infantil Informada en Trauma se define como: Tratamiento diseñado para abordar los impactos psicológicos de una experiencia traumática, fundamentado en la comprensión y la capacidad de respuesta al impacto del trauma, con el objetivo principal de disminuir los síntomas postraumáticos y facilitar la recuperación (Hopper, et. al., 2009); mediante la utilización de estrategias lúdicas y de juego como técnica de intervención (Esquivel, 2010). El cual promueve: sensación de seguridad, calma, sentido de eficacia personal y colectiva, conectividad y, la esperanza en él o la sobreviviente (Hobfoll et. al., 2007). Centrando su trabajo en la

extinción del miedo, regulación emocional, disfunción relacional, así como en el sesgo atencional y distorsiones cognitivas presentes (Evans & Coccoma, 2014).

En ese sentido, la psicoterapia infantil informada en trauma parte de una evaluación del estado de salud mental del niño o niña, la cual es realizada mediante entrevistas clínicas, instrumentos de medición estandarizados y/o registros u observaciones conductuales, lo cual tiene como objetivo el recolectar información precisa sobre la naturaleza y severidad de la experiencia traumática, lo cual permitirá el entendimiento integral de los efectos, sintomatología y las deficiencias funcionales derivadas de la misma; además de proporcionar orientación clara sobre las pautas a seguir en la construcción del plan de tratamiento para ese caso en particular. Aunado a lo anterior, el tratamiento cuenta con intervenciones focalizadas a promover lo siguiente: sensación de seguridad, calma, sentido de eficacia personal y colectiva, conectividad y esperanza; las cuales se explican a continuación.

Promover sensación de seguridad: Su principal objetivo es interrumpir la generalización del estímulo postraumático que vincula situaciones inocuas con estímulos asociados a la amenaza original e incluye intervenciones realizadas para reducir la reacción neurofisiológica provocada por la amenaza, el miedo o el estrés, con la finalidad de romper la automaticidad de la respuesta de huir-pelear-congelarse, los sesgos atencionales y las distorsiones cognitivas presentes; las cuales requieren ser colocadas dentro del contexto social (Hobfoll et al., 2007). En ese sentido, de acuerdo con Van der Kolk, (2014), el “visitar” el pasado en terapia se tiene que hacer de forma cuidadosa y mientras las personas se encuentran en un estado fisiológico congruente con el presente, de tal forma que se sientan lo más tranquilas y seguras como sea

posible, lo cual proporciona la oportunidad de entender que es algo que pertenece al pasado.

Promover la calma: Debido a que la exposición a una experiencia traumática propicia un nivel elevado de activación fisiológica que cuando se prolonga interviene con actividades necesarias para la salud mental y física como el sueño y la alimentación, lo cual puede ocasionar enfermedades psicológicas y físicas; se deben de implementar intervenciones que tengan la finalidad de promover estados de calma, la extinción del miedo, la regulación de emociones extremas asociadas con el trauma, evitar la hiperventilación y la disociación. Tales actividades originan que las primeras fases del tratamiento sean altamente emocionales, sin embargo cumple la función importante de proporcionar a los individuos habilidades que les permitan lograr por si mismos un estado de relajación terapéutica, la cual se utiliza como un recordatorio para los sobrevivientes de que la amenaza ha quedado en el pasado y que sus pensamientos y sentimientos no son peligrosos; lo anterior, sin dejar de lado el hecho de que en muchos casos existen peligros y preocupaciones reales y actuales derivadas de la emergencia (Hobfoll et al., 2007).

Promover un sentido de eficacia personal y colectiva: Como se ha visto con anterioridad uno de los factores que mejor determina si una experiencia traumática dejará huellas duraderas o no, es la posibilidad que tiene el sobreviviente de moverse o hacer algo al respecto (Van der Kolk, 2014), motivo por el que se requiere de intervenciones que fomenten la sensación de que las acciones pueden conducir a resultados positivos, así como la promoción de la sensación específica de que uno puede hacer frente a los eventos en los siguientes dominios: relaciones, restauración de la propiedad, reubicación, laboral (en el caso de los adultos), y otras tareas

relacionadas con el trauma. Lo anterior, aunado a que la exposición de una experiencia traumática no solamente afecta al sobreviviente sino también a las personas a su alrededor, por lo cual, es necesario focalizar el trabajo no solo con el sobreviviente, sino que se debe de incluir su sistema inmediato de apoyo que, en el caso de los niños, significa incluir a su familia en el tratamiento (Hobfoll et al., 2007).

Promover la conectividad: Debido a que la despersonalización es un síntoma, resultado de la disociación fuerte que ocurre cuando un individuo tiene una experiencia traumática (Van der Kolk, 2014), se requiere de intervenciones que fomenten la capacidad de los sobrevivientes de trauma para vincularse con sus seres queridos y así disminuir la disfunción relacional generada como respuesta al evento traumático (Hobfoll et al., 2007).

Promover la esperanza: La cual resulta importante ya que las y los supervivientes suelen, por lo general, sentir que no hay remedio para ellos ya que se encuentran dañados profundamente (Van der Kolk, 2014), por lo cual, las intervenciones son enfocadas en favorecer la capacidad de ver un futuro que es más positivo que el presente de trauma y fomentar el bienestar; la cual puede también ser alcanzada a través de las creencias espirituales o supersticiosas (Hobfoll et al., 2007).

Capítulo 3. Método

“—El camino que va a la Ciudad Esmeralda está pavimentado con ladrillos amarillos —expresó la Bruja—, de modo que no podrás perderte. Cuando veas a Oz, no le tengas miedo; cuéntale lo que te ha pasado y pídele que te ayude. Adiós, querida mía.”

Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz” de Lyman Frank Baum

Pregunta de investigación

¿De qué manera influye un proceso psicoterapéutico infantil informado en trauma en el Trastorno de Estrés Agudo diagnosticado en dos niñas afectadas por el terremoto del 19 de septiembre del 2017 en la CDMX?

Hipótesis

La Psicoterapia Infantil Informada en Trauma ayuda a promover una sensación de seguridad, calma, sentido de eficacia personal y colectiva, conectividad y esperanza en dos niñas afectadas por el terremoto del 19s en la CDMX; además de disminuir la sintomatología asociada al Trastorno de Estrés Agudo y de fortalecer sus competencias socioafectivas con la finalidad de prevenir la posible configuración de un trastorno más severo posterior a la exposición directa ante un evento traumático.

Objetivo general

Analizar un proceso de intervención psicoterapéutica fundamentado en la Psicoterapia Infantil Informada en Trauma, para conocer su incidencia en el Trastorno de Estrés Agudo mediante la elaboración de un estudio de caso con dos niñas afectadas por el terremoto del 19s en la CDMX.

Objetivos específicos

1. Fundamentar teórica y empíricamente la aplicación de una intervención psicoterapéutica informada en trauma para el tratamiento del trastorno de estrés agudo.
2. Seleccionar, aplicar y analizar instrumentos y/o técnicas de evaluación pertinentes para realizar el psicodiagnóstico de las menores con base en la sintomatología manifestada posterior a un evento traumático.
3. Diseñar e implementar un plan de intervención psicoterapéutica informada en trauma para niños y niñas con síntomas de estrés agudo.
4. Describir y analizar el efecto de la intervención psicoterapéutica realizada.
5. Reflexionar acerca de las competencias profesionales desarrolladas durante la formación en la Residencia en Psicoterapia Infantil, así como las características personales del terapeuta necesarias para la intervención en casos de trauma psicológico infantil.

Definición de variables

Definición conceptual

Trastorno de estrés agudo: Afectación mental que se desarrolla en respuesta a un evento traumático el cual puede implicar el riesgo de muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea de forma real o por amenaza en una o más de las siguientes formas: experiencia directa del suceso traumático, presencia directa del suceso traumático ocurrido a otros, conocimiento de que éste ha sucedido a un familiar próximo o a un amigo íntimo, así como la exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático. Se caracteriza principalmente por síntomas de: intrusión, estado de

ánimo negativo, disociativos, de evitación y, de alerta; mismos que deben tener una duración de 3 días a un mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos (APA, 2013).

Intrusión: *“Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático (en niños se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del mismo). Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso (en niños pueden ocurrir sueños aterradores sin contenido reconocible). Reacciones disociativas (p.ej. escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático (puede tener lugar en el juego). Malestar psicológico intenso o prolongado, reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso.”* (APA, 2013, p. 280)

Estado de ánimo negativo: *“Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej. Felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).”* (APA, 2013, p. 281).

Disociativos: *“Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p.ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo). Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).”* (APA, 2013, p. 281). También se pueden manifestar en forma de fenómenos somatomorfos como: *“tics, dolor, conductas autolesivas, pérdidas perceptivas o motoras, parálisis disociativa o síntomas alimentarios”* (Saldaña, 2014, p. 13).

Evitación: *“Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático. Esfuerzos para*

evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del o estrechamente asociados al suceso traumático.” (APA, 2013, p. 281).

Alerta: “Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto). Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. Hipervigilancia. Problemas con la concentración. Respuesta de sobresalto exagerada.” (APA, 2013, p. 281).

Psicoterapia infantil informada en trauma: Tratamiento diseñado para abordar los impactos psicológicos de una experiencia traumática, fundamentado en la comprensión y la capacidad de respuesta al impacto del trauma, con el objetivo principal de disminuir los síntomas postraumáticos y facilitar la recuperación (Hopper, et al., 2009); mediante la utilización de estrategias lúdicas y de juego como técnica de intervención (Esquivel, 2010). El cual promueve: sensación de seguridad, calma, sentido de eficacia personal y colectiva, conectividad y, la esperanza en el o la sobreviviente (Hobfoll et al., 2007). Centrando su trabajo en la extinción del miedo, regulación emocional, disfunción relacional, así como en el sesgo atencional y distorsiones cognitivas presentes (Evans & Coccoma, 2014).

Promover sensación de seguridad: proporcionar información para que la persona evalúe la amenaza de forma realista; fortalecer la capacidad para discriminar entre los indicadores de peligro; recomendaciones para limitar las conversaciones, malas noticias, rumores, exposición a medios de comunicación, que pueden activar la respuesta fisiológica postraumática; así como, ayudar a la identificación de los seres queridos y su situación frente a la emergencia, entre otras (Hobfoll et al., 2007).

Promover la calma: entrenamiento en respiración, relajación muscular profunda, imaginación, ejercicios de atención plena, psicoeducación para disminuir la patologización de sus respuestas naturales, promover actividades que generan emociones positivas, promoción de afrontamiento funcional, acciones que los ayudan a resolver directamente sus preocupaciones (Hobfoll et al., 2007).

Promover un sentido de eficacia personal y colectiva: autorregulación de pensamiento, emociones y conductas; revertir la visión negativa con respecto a la capacidad propia, de la familia y el grupo social para superar la adversidad; promover la eficacia de las figuras protectoras en respuesta al peligro; enseñar a los niños las habilidades de regulación emocional cuando se enfrentan los recordatorios de trauma; mejorar las habilidades de resolución de problemas con respecto a las adversidades posteriores al desastre; ayudar a mantener la percepción de que se puede recurrir a otros para recibir apoyo; mitigar la percepción de vulnerabilidad; vincular con los recursos para alcanzar sus metas; alentar la autoeficacia de los niños, evitar la sobreprotección (Hobfoll et al., 2007).

Promover la conectividad: ofrecer oportunidades para realizar actividades de apoyo social (resolución de problemas prácticos, comprensión emocional y aceptación, intercambio de experiencias traumáticas, normalización de reacciones y experiencias, y la instrucción mutua sobre afrontamiento), facilitar su reconexión con los padres y las figuras de cuidado; mejorar el conocimiento de tipos específicos de apoyo social, e identificar posibles fuentes de apoyo; facilitar el incremento de la cantidad, calidad y frecuencia de las interacciones de apoyo entre sobrevivientes de trauma y sus campos sociales (Hobfoll et al., 2007).

Promover la esperanza: acciones que identifican y aprovechan las fortalezas de los supervivientes; disminuir la visión de un futuro catastrófico, inutilidad y resignación sin esperanza; impulsar procesos de pensamiento que fortalezcan la capacidad de tomar decisiones y tener un papel activo en la dirección de su vida diaria; en el caso de los adultos, ayudar a recuperar sus vidas, como vivienda, empleo, reubicación, reposición de artículos para el hogar, etcétera; reducir la exageración de la responsabilidad personal; abordar las expectativas generadas por el trauma, más allá de la respuesta de los síntomas; comunicar el mensaje de que con tratamiento las cosas estarán mejor; normalizar las respuestas frente al trauma; disminuir pensamientos catastróficos; reestructuración de miedos irracionales; manejo de conductas de evitación; fortalecer comportamientos de afrontamiento funcional; resaltar beneficios ya exhibidos de la experiencia traumática (Hobfoll et al., 2007).

Definición operacional

Trastorno de estrés agudo: Presencia de al menos nueve de los síntomas descritos anteriormente en alguna de las cinco categorías especificadas. Los cuales se identificaron a partir de la observación clínica y entrevistas, aunadas a la puntuación obtenida en la Escala Infantil de Síntomas del TEPT (Bustos, Rincón, & Aedo, 2009) para la verificación de los síntomas de hiperactivación, reexperimentación y evitación.

Psicoterapia infantil informada en trauma: El proceso psicoterapéutico inició con la solicitud de atención presentada por la madre de las participantes y finalizó con el segundo seguimiento realizado 6 meses después de haber concluido la intervención, realizando evaluaciones inicial, final y de seguimiento. El caso se abordó desde el

marco teórico y práctico de la psicoterapia infantil informada en trauma y constó de un total de 12 sesiones, descritas en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución de sesiones en proceso terapéutico.

<i>Modalidad</i>	<i>No. de Sesiones</i>
Evaluación	1
Individual	2
Fraterna	4
Orientación con padres	2
Familiar	1
Seguimientos	2
Inasistencias	0
TOTAL	12

Instrumentos

Cuestionario de exposición a eventos traumáticos: traducida al español y está compuesta por 17 reactivos (alfa = 0.91) que hacen referencia a: la percepción directa a la amenaza del propio niño (reactivo 1), eventos específicos observables durante el terremoto (reactivos 2-7) y al periodo posterior al desastre (reactivos 8-17). (Andrades, 2016).

Escala Infantil de Síntomas del TEPT (CPSS): Se utilizó la validación en población chilena realizada por Bustos, Rincón y Aedo (2009) (alfa = 0.87). La cual mide sintomatología de TEPT en niños con base en los criterios del DSM-IV y se divide en tres principales dimensiones que abarcan los grupos sintomáticos: re-experimentación (alfa = 0.75) (reactivos 1-5), evitación (alfa = 0.66) (reactivos 6-12) y aumento de la activación (alfa = 0.70) (reactivos 13-17). (versión original en inglés, Child PTSD Symptom Scale [Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001]).

Escala de Rumiación para niños: traducida al español, mide el pensamiento intrusivo y reflexivo. Cuenta con tres reactivos (3-5) que miden la rumiación reflexiva

(alfa = 0.71), definida como pensamientos recurrentes y reflexivos que ayudan a comprender, resolver y dar sentido a los eventos traumáticos acontecidos; y dos reactivos que miden la rumiación intrusiva (alfa = 0.74) (1 y 2), definida como pensamientos no deseados que invaden el mundo cognitivo de la persona, pudiendo generar molestia o malestar emocional. (Versión original en inglés: Ruminatión Scale for children [Cryder, Kilmer, Tedeshi, & Calhoun, 2006]).

Escala infantil de afrontamiento: desarrollada en población mexicana por Lucio, Durán y Heredia (2015), mide el tipo de afrontamiento que es más comúnmente utilizado por la persona. Consta de 45 reactivos que se agrupan en cuatro factores: afrontamiento funcional, afrontamiento disfuncional, centrado en la emoción y evitativo.

Escenario

El caso fue atendido en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM; como parte de las prácticas del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil, en las que se incluye supervisión de los procesos de tratamiento durante su aplicación.

Tipo de estudio

El presente trabajo se elaboró bajo el método de investigación *cualitativo mixto* que implica la integración sistemática de los métodos cualitativo y cuantitativo, haciendo mayor énfasis en los procesos asociados con el primero pero incluyendo elementos complementarios del segundo, realizando inferencias a partir de toda la información recabada como un conjunto, con la finalidad de lograr un mayor entendimiento del

fenómeno que se pretende estudiar; utilizando las fortalezas de ambos tipos combinándolas y buscando minimizar sus posibles flaquezas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Asimismo el diseño consistió en un Estudio de Caso Único, que comprende una clasificación del diseño experimental basada en las características de la muestra con la que se trabaja, entendiendo que a pesar de denominarse como “caso único” esto no implica que se realice con un único sujeto, sino que se refiere a una forma única de análisis de los datos. De igual manera es necesario subrayar que dentro de este diseño al no contar con posibilidad de cotejar los resultados de un grupo experimental y uno control, la comparación intrasujeto toma una relevancia fundamental, establecida mediante los siguientes criterios: la evaluación y observación continuas, así como el establecimiento de una línea base a partir de la que se podrán realizar predicciones sobre el posible curso de la variable estudiada sin intervención. En ese sentido, el presente Estudio de Caso Único, puede incluirse en el subtipo “*observacional de intervención terapéutica*” (Kazdin, 2001; como se citó en Roussos, 2007) el cual busca fortalecer la relación entre la práctica clínica y la investigación, permitiendo evaluar la validez de algunos tratamientos en situaciones controladas (Roussos, 2007).

Procedimiento

A continuación, se explica el proceso de elaboración del presente Reporte de Experiencia Profesional, mismo que puede ser expuesto de forma general mediante las siguientes etapas:

1. Previo a la ocurrencia del terremoto del 19 de septiembre: se seleccionó el tema de interés con el cual se pretendía elaborar el proyecto de titulación el

cual era trauma psicológico infantil y se evaluó la posibilidad de realizarlo en un contexto de violencia de género con la finalidad de establecer un programa de atención hacia esa problemática dentro del centro comunitario.

2. Posterior a la ocurrencia del terremoto del 19 de septiembre: debido a la demanda de atención surgida a partir del evento, la terapeuta tomó varios casos de niños y niñas que acudieron a solicitar apoyo por afectaciones derivadas del mismo, atendiendo a algunos en modalidad grupal y a otros en individual. Se seleccionó el presente caso clínico, de entre los asignados durante ese periodo, para la elaboración del reporte debido a que se pudo llevar a cabo el plan de tratamiento en su totalidad.
3. Fundamentación teórica: se realizó la búsqueda de información teórica y empírica que sustentara la intervención, la cual surgió primordialmente del conocimiento y experiencia previos de la terapeuta respecto al tema, ampliados mediante la actualización de la evidencia teórica y empírica reciente sobre el trauma psicológico en niños y las intervenciones en situaciones de desastre natural.
4. Proceso de evaluación: se realizó la búsqueda de instrumentos y/o técnicas de evaluación para niños(as) en situaciones de desastre natural adaptadas o estandarizadas con población mexicana; sin embargo, no se encontraron disponibles aunque si se localizaron algunos cuestionarios especialmente diseñados para la evaluación de niños(as) dentro de situaciones de desastre natural y adaptados a población chilena, siendo esta una población más similar a la mexicana de entre otras también encontradas, motivo por el que

se decidió utilizarlos; siempre con la consciencia plena sobre la importancia de interpretarlos con extremo cuidado y atención clínica.

5. Intervención psicoterapéutica: en función de las necesidades, características y sintomatología de las niñas; aunadas a la investigación teórica y a los resultados obtenidos en la evaluación se diseñó e implementó la intervención psicoterapéutica informada en trauma.
6. Análisis de la intervención: se utilizó la metodología cualitativa mixta para el análisis de los datos obtenidos al finalizar el proceso terapéutico con las participantes.

Presentación del caso clínico

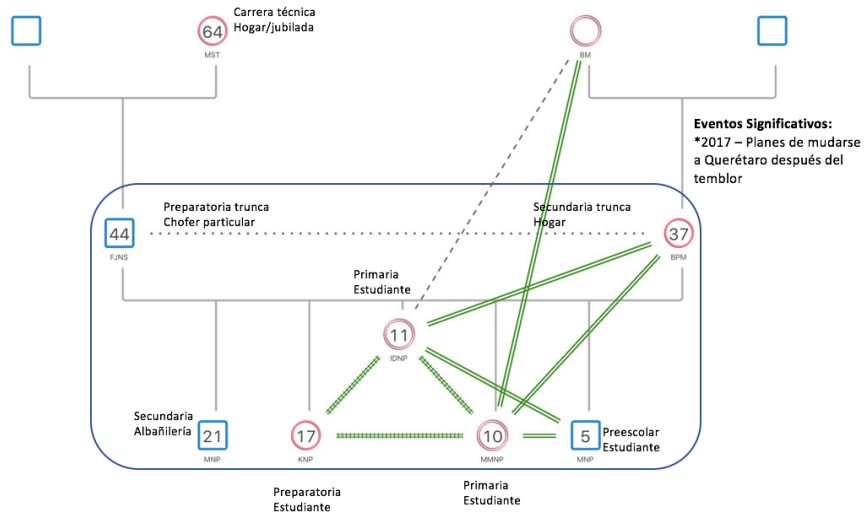
La intervención se llevó a cabo con Martina y su hermana Denise, de 10 años y 11 años respectivamente, en compañía de su madre, Bonnie y su padre Fausto de 37 y 44 años; así como de sus hermanos, Mike y Kia de 5 y 17 años. Todos los nombres han sido modificados para proteger la confidencialidad de los participantes.

Ambas niñas se encontraban ubicadas en tiempo, espacio, persona y circunstancia. Presentaban un pensamiento lógico y congruente con las actividades que se realizaban en el momento, habitualmente hacían uso de un lenguaje apropiado para su edad cronológica, respetuoso y amable. No se observaron dificultades en sus procesos de atención y memoria. Asimismo, se mostraron con una buena disposición al acudir al proceso terapéutico, sin embargo, se observaban conductas de angustia e intranquilidad significativas y, al inicio del proceso, con dificultades para hablar abiertamente sobre sus estados internos con la terapeuta. Conforme avanzaron las sesiones la seguridad dentro del espacio terapéutico aumentó considerablemente y

solían compartir entre ellas y con su familia las actividades que se realizaban en el mismo.

Martina era una niña de estatura media, complexión delgada y tez morena clara. Acostumbraba asistir a las sesiones en adecuadas condiciones de aliño vistiendo pantalones de mezclilla, zapatos de vestir y alguna sudadera; durante las sesiones se mostró con actitud al principio tímida, aunque cooperadora, sin embargo, con el paso de las sesiones se le observó más abierta a establecer conversaciones sobre temas diversos. Solía comprender y seguir los lineamientos del espacio terapéutico, por lo general se mostraba con un nivel moderado de actividad física. En las primeras sesiones se observaron conductas constantes de ansiedad como onicofagia, el jalar de algunas partes de su ropa o cara y morder las mangas de su sudadera constantemente, manifestándose especialmente al tocar temas respecto al terremoto el 19s, mismas que fueron disminuyendo en el transcurso del tratamiento.

Por otro lado, Denise era una niña de estatura alta, complexión media y tez morena clara, quien solía asistir a las sesiones en adecuadas condiciones de higiene y aliño, llevando el cabello hasta la cintura y por lo regular suelto, acostumbraba vestir pantalones de mezclilla con zapatos de vestir y alguna blusa o sudadera. Durante las sesiones se observó participativa ante las conversaciones con la terapeuta, al principio se mostró tímida y con dificultades para hablar, sin embargo, al pasar de las sesiones se le vio más abierta platicando sobre diversos temas como su familia, la escuela e incluso realizando bromas y preguntas a la terapeuta. Al inicio del proceso manifestaba onicofagia, que incrementaba al hablar sobre el terremoto del 19s, esta conducta se vio disminuida en el transcurso del tratamiento.



Capítulo 4. Análisis del caso clínico

—Yo voy a ver al Gran Oz para pedirle que me dé un cerebro, pues tengo la cabeza rellena de paja —expresó el Espantapájaros.
—Y yo voy a pedirle un corazón —terció el Leñador.
—Y yo a pedirle que me mande con Toto de regreso a Kansas —añadió Dorothy.
—¿Les parece que Oz podría darme valor? —preguntó el León cobarde.”

Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz” de Lyman Frank Baum

Antecedentes y motivo de consulta

El 21 de septiembre de 2017, Martina y Denise acudieron junto a su madre, Bonnie, al centro comunitario y solicitaron atención psicológica para ambas niñas, teniendo como motivo de consulta primordial las afectaciones emocionales presentes a partir del terremoto acontecido dos días antes. Derivado de la petición, se inició el proceso de atención clínica el 27 del mismo, identificándose las siguientes manifestaciones clínicas en cada una:

Martina: sintomatología ansiosa como onicofagia y sudoración de manos; terrores nocturnos; miedo constante a que volviera a temblar; dolor de estómago, hipervigilancia, disminución del apetito, retraimiento, dificultad para estar sola, preocupación por su familia y pensamientos catastróficos recurrentes e intrusivos sobre el evento.

Denise: sintomatología ansiosa como onicofagia y sudoración excesiva; insomnio, flashbacks, pensamientos catastróficos recurrentes e intrusivos, hipervigilancia, cansancio constante, miedo recurrente a que volviera a ocurrir, preocupación por su familia y escuela. Aunado a lo anterior, se identificó que Denise tuvo una exposición mayor al evento traumático ya que durante el terremoto resultó con

lesiones menores en los brazos y espalda, de las que se percató hasta después del mismo, sin recordar cómo ocurrieron.

Solicitaron la atención debido a que durante el terremoto ambas se encontraban en su escuela primaria que se encuentra ubicada junto a una fábrica de textiles, la cual se derrumbó y cayó parcialmente sobre la calle y el patio de la misma -lugar en el que se encontraban replegadas junto con sus compañeros y profesoras- tirando consigo parte de las bardas de la escuela.

Durante el incidente Denise se encontraba al frente junto con sus compañeros de 6to año, haciendo barrera a los alumnos más pequeños de la escuela, lugar en el que cayeron fragmentos de vidrio y de cemento, los cuales le provocaron cortadas mínimas en las manos y hematomas en la espalda y brazos. Martina se encontraba en la parte posterior, casi al otro lado del patio por lo que presencié la caída del edificio frente a ella, sin embargo, los fragmentos de este no alcanzaron a lesionarla. Posterior al evento ambas fueron resguardadas en un parque cercano a la escuela donde fueron recogidas por su hermana mayor y posteriormente llevadas a casa para reunirse con su familia.

Evaluación Psicológica

El objetivo de la evaluación de ambas niñas, era conocer la gravedad de la sintomatología de estrés agudo y postraumático que presentaban, sin embargo, la evaluación fue llevada a cabo a la par del inicio del proceso de intervención debido a la situación de crisis posterior a un desastre natural (Bellak & Small, 1980). La metodología de evaluación que se siguió fue una entrevista inicial con la madre y ambas niñas, seguida por la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario de exposición a eventos traumáticos (Andrades, 2016), Escala Infantil de Síntomas del

TEPT – CPSS (Bustos, Rincón, & Aedo, 2009), Escala de Rumiación para niños (Versión original en inglés: Rumination Scale for children [Cryder, Kilmer, Tedeshi, & Calhoun, 2006]), y Escala infantil de afrontamiento (Lucio, Durán & Heredia, 2015).

Formulación del caso clínico

A continuación, se presentan las tablas 6 y 7 en las que se observa la sintomatología detectada al inicio del tratamiento en Martina y Denise por área.

Tabla 6. Manifestaciones clínicas por área (Martina).

<i>Conductual</i>	<i>Cognitiva</i>	<i>Afectiva</i>
Onicofagia	Preocupación elevada por el bienestar de su familia	Miedo constante a que vuelva a temblar, a estar sola y a la obscuridad
Hipervigilancia	Pensamientos catastróficos recurrentes e intrusivos sobre el terremoto	Terrores nocturnos
Retraimiento	Dificultad para concentrarse en actividades cotidianas	Dificultad para continuar el sueño
Jalar y pellizcar su cara al hablar del tema	Fallas en intentos por dejar de pensar en el terremoto	Tipo de afrontamiento principalmente centrado en la emoción
Respuestas de sobresalto exageradas		Irritabilidad
		Anhedonia
<i>Interpersonal/Escolar</i>	<i>Psicofisiológica</i>	<i>Familiar</i>
Sin asistir a la escuela por el momento debido al derrumbe parcial de la misma.	Sudoración de manos	Padres y hermanos con afectaciones entre moderadas y fuertes después del terremoto
	Dolor de estómago constante	
	Disminución del apetito	
	Temblor de manos al recordar el terremoto	
	Sensación de que continúa temblando	
<i>Fortalezas</i>		
Grado mediano-bajo de exposición al evento. Rumiación reflexiva presente. No se detectó sintomatología disociativa. Gusto por la expresión mediante el arte y el juego.		

Tabla 7. Manifestaciones clínicas por área (Denise)

<i>Conductual</i>	<i>Cognitiva</i>	<i>Afectiva</i>
Onicofagia	Flashbacks	Miedo constante a que vuelva a temblar
Hipervigilancia	Preocupación por su familia, el derrumbe de su escuela y la pérdida del año escolar	Dificultad para conciliar el sueño
Frotar sus manos constantemente al hablar del tema	Pensamientos catastróficos recurrentes e intrusivos sobre el terremoto	Pesadillas relacionadas con el terremoto
Cansancio constante	Ausencia de rumiación reflexiva	Anhedonia
Respuestas de sobresalto exagerada	Dificultad para recordar la forma en la que se lesionó durante el terremoto	Irritabilidad
Respuestas evasivas y agresivas al preguntarle sobre el tema (con su familia)	Fallas en intentos por dejar de pensar en el terremoto	
	Dificultad para concentrarse en actividades cotidianas	
<i>Interpersonal/Escolar</i>	<i>Psicofisiológica</i>	<i>Familiar</i>
Sin asistir a la escuela por el momento debido al derrumbe parcial de la misma	Sudoración de manos	Padres y hermanos con afectaciones moderadas después del terremoto
Dificultad para sentirse cercana a sus seres queridos	Dolor de estómago	
	Manos temblorosas al recordar el terremoto	
	Sensación de que continúa temblando	
<i>Fortalezas</i>		
Altas puntuaciones en afrontamiento adaptativo. Alto grado de adaptación y autosuficiencia. Gusto por la expresión mediante el arte y el juego.		

Hipótesis clínica

Las manifestaciones clínicas identificadas durante la evaluación, cubren los criterios establecidos en el DSM-5 (2013) para el Trastorno por Estrés Agudo (TEA), tanto en Martina como en Denise, presentando 10 y 12 manifestaciones clínicas, respectivamente, de los 14 síntomas especificados en el cuadro clínico; siendo 9 el mínimo esperado para realizar el diagnóstico. Lo anterior sumado al cumplimiento de los criterios de exposición a un evento traumático y de duración de los síntomas; da como resultado el diagnóstico de un *Trastorno por Estrés Agudo de mediana funcionalidad en ambas niñas*.

Debido a lo anterior, y de acuerdo con lo propuesto por Ducrocq y Jehel (2014), respecto a que los síntomas al derivarse de eventos violentos, requieren ser tratados de forma inmediata para así prevenir la configuración de trastornos psicotraumáticos de

índole más severa; aunado a que dentro del desarrollo y curso del TEA descritos en el DSM-5 (2013) se indica que, aproximadamente la mitad de las personas que presentan un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) manifestaron inicialmente TEA; se encuentra necesaria la intervención psicoterapéutica con la finalidad de disminuir la sintomatología de estrés agudo y prevenir la configuración de un TEPT en las consultantes.

Plan de tratamiento

El tratamiento en total contó con 12 sesiones de las cuales 1 fue de evaluación, 2 de intervención individual, 4 de intervención fraterna, 2 de orientación con los padres, 1 de intervención familiar y 2 de seguimiento, durante el cual se presentaron 0 inasistencias.

Focos de intervención

1. Trabajar el reprocesamiento de la experiencia traumática a partir de técnicas de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares, EMDR (Shapiro, 2004), para la disminución de la sintomatología postraumática presente (hiperactivación y reexperimentación).
2. Trabajar la elaboración de la experiencia traumática por medio de técnicas de juego, expresión artística y medios narrativos, para la asignación de nuevos significados y la construcción de una narrativa integrada alrededor del terremoto (Chapman, 2014).
3. Promover el fortalecimiento de una interacción familiar saludable y contenedora, a través de sesiones de trabajo fraternas y familiares, así como de orientación con padres, para prevenir la ruptura de los vínculos sociales y afectivos generalmente asociada a las experiencias violentas (Osorio & Díaz, 2012).

Metas terapéuticas

1. Disminución de la sintomatología postraumática; aunada a un aumento en la funcionalidad de ambas niñas y de un estado de calma al hablar del tema.
2. Enriquecimiento de la narrativa del suceso, la cual incluirá elementos olvidados de la experiencia, así como componentes protectores como la posibilidad de obtener ayuda, mismos que se verán reflejados en el aumento de los sentimientos de seguridad y dominio ante la posible ocurrencia de eventos similares.
3. Fortalecimiento de la sensación de seguridad y protección en el ambiente familiar.

Descripción general de sesiones y técnicas

A continuación, en la tabla 8 se describen puntualmente las sesiones terapéuticas realizadas con Martina, Denise y su familia.

Tabla 8. Descripción general de las sesiones y técnicas.

No. sesión	Objetivos	Desarrollo
1	<i>SESIÓN INICIAL/FILIAL</i> *Entrevista inicial/proceso de ingreso al centro comunitario. *Exploración del motivo de consulta. *Introducción de técnicas de relajación muscular progresiva.	*Bienvenida y revisión del consentimiento informado para menores. *Exploración del motivo de consulta con Bonnie, Martina y Denise. *Práctica de técnica de relajación (duros como tostadas, aguados como tortillas) → tarea: práctica 3 veces al día, toda la familia. *Finalizar proceso de ingreso al CCMG con Bonnie / Martina y Denise dibujo libre.
2	<i>SESIONES INDIVIDUALES</i> *Aplicación de inventarios de evaluación. *Exploración individual del motivo de consulta y sintomatología presente. *Enseñar técnica de respiración diafragmática y de EMDR.	*Introducción de la sesión y aplicación de inventarios de tamizaje. *Entrevista “Mi problema es”. *Técnica de respiración (Denise-Respiración de mariposa; Martina-Casa de dedos) → tarea: práctica 3 veces al día. *Creación del “lugar seguro” acompañado de estimulación bilateral cerebral (Shapiro, 2013).

- | | | |
|---|--|---|
| 3 | <p><i>SESIONES INDIVIDUALES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Trabajo individual para la elaboración del material traumático. *Aplicación de técnica para el reprocesamiento y desensibilización de la experiencia traumática. | <ul style="list-style-type: none"> *Bienvenida y comentario sobre la semana. *Revisión de ejercicios de relajación. *Aplicación del C.A.T.T.I. (Chapman, 2014). *Plática con Bonnie para normalizar las reacciones que pueden ser activadas posteriormente al trabajo de la sesión. |
| 4 | <p><i>SESION FRATERNA</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Inicio de intervención fraterna. *Trabajo para la elaboración del miedo aún presente. | <ul style="list-style-type: none"> *Entrevista breve con abuela para identificar cambios y mejorías en el proceso. *Actividad mediante unidades de medición subjetiva con ambas para identificar magnitud de las sensaciones aun presente (Artigas, Jarero, Alcalá & López, 2015). *Lectura de libro: Manual de monstruos caseros (Marijanovic, 1997). *Creación de su propio monstruo. |
| 5 | <p><i>SESIÓN FRATERNA</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Finalizar el trabajo para la elaboración del miedo. *Retomar actividades que implican placer mediante el festejo de cumpleaños. | <ul style="list-style-type: none"> *Bienvenida y comentario sobre la semana. *Entrevista a los monstruos para identificar formas de vencerlos. *Festejo de cumpleaños de Martina. |
| 6 | <p><i>ORIENTACIÓN CON PADRES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Retroalimentación sobre el proceso de intervención y los avances observados. *Identificar afectaciones emocionales derivadas del suceso en ellos. *Contención emocional. | <ul style="list-style-type: none"> *Introducción del padre al espacio terapéutico y comentario sobre los avances percibidos en casa. *Plática sobre las experiencias de ellos durante el temblor y su estado emocional actual. |
| 7 | <p><i>ORIENTACIÓN CON PADRES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Orientación respecto al manejo de crisis en casa. | <ul style="list-style-type: none"> *Comentario sobre las dificultades percibidas por ellos para brindar contención emocional a sus hijas en casa. *Orientación sobre estrategias regulación emocional para ellos y la importancia de la creación de un plan de acción familiar ante situaciones de crisis. |
| 8 | <p><i>SESIÓN FAMILIAR</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Evaluación del estado emocional familiar actual. *Reprocesamiento de la experiencia de forma grupal. *Proveer información para la elaboración de un plan de acción familiar. | <ul style="list-style-type: none"> *Introducción de la hermana mayor y el hermano menor al espacio terapéutico. *Establecimiento de objetivos de la sesión. *Aplicación del protocolo EMDR de intervención grupal (Artigas, et. al., 2015). *Psicoeducación respecto a la importancia de creación de un plan de acción familiar en casa, y el proceso para llevarlo a cabo. |

9	SESIÓN FRATERNA *Evaluación de la percepción que cada niña tiene sobre su proceso terapéutico y los avances de este.	*Comentario sobre situaciones acontecidas durante el periodo entre sesiones. *Sesión de juego libre.
10	SESIÓN FRATERNA *Cierre terapéutico. *Aplicación de inventarios.	*Aplicación de inventarios. *Actividad de evaluación de proceso terapéutico y festejo “la fiesta de la pizza”.

Análisis del proceso

El análisis detallado de las sesiones terapéuticas se realizó desde el enfoque cualitativo y tomando en cuenta las variables descritas anteriormente. Se dividieron las sesiones de acuerdo con la modalidad en la que se realizaron encontrando las siguientes categorías: filial/evaluación, individual/intervención, orientación parental/intervención, familiar/ intervención y fraterna/cierre. Se seleccionó la sesión más representativa de cada tipo para realizar un análisis minucioso y se incluyeron viñetas y productos de las otras para ejemplificar el proceso completo.

Sesión 1 – “Inicio angustiante”

Fecha: 27 de septiembre de 2017

Tipo: Evaluación e intervención / Filial

Objetivos: Entrevista inicial/proceso de ingreso al centro comunitario. Exploración del motivo de consulta y sintomatología presente. Introducción de técnicas de relajación muscular progresiva.

Resumen de la sesión: Se presentaron Denise y Martina en compañía de su madre, Bonnie; ingresaron todas al consultorio con la finalidad de mantener la sensación de seguridad y explorar el estado familiar en general. Al inicio se indagó

sobre el motivo de consulta y Bonnie platicó a grandes rasgos que a partir del terremoto del 19 de septiembre sus hijas han estado sumamente nerviosas, se exploró con la niñas, haciendo uso de preguntas directas cuál era la sintomatología presente, aclarando que en ese momento no se hablaría del evento, sino de lo que han sentido a partir del mismo; sin embargo, se les observó altamente nerviosas y con mucha dificultad para explicar verbalmente su estado emocional de los días posteriores al evento, por lo que la terapeuta modificó la forma de entrevista y se enfocó en explicar la sintomatología típica en dichas situaciones, pidiendo que fueran ellas quienes indicaran si eso les había ocurrido o no. Además, se les solicitó que indicaran mediante unidades subjetivas de medida la intensidad del malestar emocional, en una escala en la que el 1 era casi inexistente y el 10 era lo máximo posible. Mientras se indagaba sobre las manifestaciones clínicas se realizaba la psicoeducación y normalización de las reacciones ante eventos estresantes. Luego, se llevó a cabo un ejercicio de relajación muscular progresiva con todas y se les indicó que el mismo tenía que ser llevado a cabo tres veces al día con tres repeticiones cada una, de ser posible por toda la familia. Finalmente, se llenaron los formatos necesarios para el ingreso al centro comunitario con Bonnie, mientras Denise y Martina se encontraban haciendo dibujos libres, momento durante el cual Martina se muestra interesada por “el monstruo come-miedos” que se encuentra en el consultorio, ambas niñas le hacen un dibujo para que lo coma (Martina: dibuja al monstruo. Denise: dibuja un corazón que dice “te quiero”). Bonnie le refleja a Denise que le dice “te quiero” al monstruo porque la va a ayudar con sus malos sueños. Al concluir, Bonnie mencionó la posibilidad de que la familia se mude a Querétaro, puesto que Fausto, su esposo, se encuentra muy alterado por la posibilidad

de que más terremotos ocurran, motivo por el que tampoco ha permitido que su hijo menor acuda a la escuela en ese periodo de tiempo.

Tabla 9. Análisis de la sesión 1 (Evaluación e intervención / filial).

Dimensiones	Resultado
Trastorno de Estrés Agudo	
Intrusión	<p>Martina: Miedo por las noches de inicio posterior al terremoto (en #5). Ver imágenes relacionadas con el evento al cerrar los ojos. Recuerdos angustiosos e involuntarios.</p> <p>Denise: Miedo por las noches de inicio posterior al terremoto (en #7). Ver imágenes al cerrar los ojos. Sueños angustiosos. Recuerdos angustiosos e involuntarios.</p>
Estado de ánimo negativo	No se observaron en esta sesión.
Disociativos	No se observaron en esta sesión.
Evitación	<p>Martina: Dificultades para dormir sola. Negarse a ir a lugares que le recuerdan el suceso. Miedo a estar sola.</p> <p>Denise: Miedo a estar sola.</p>
Alerta	<p>Denise: sentir 'nervios'. Sudoración de manos. Temblor de manos. Sobresalto ante ruidos fuertes. Sensación de no haber descansado a pesar de dormir suficiente. Frotar constantemente manos y tocarse la cara (observado por terapeuta).</p> <p>Martina: asiente con la cabeza cuando Denise menciona a los 'nervios'. Sudoración de manos. Sobresalto ante ruidos fuertes. Dificultades para conciliar el sueño y mantenerse dormida durante la noche (reportadas por Denise y Bonnie). Sensación de no haber descansado a pesar de dormir suficiente. Frotar constantemente manos y tocarse la cara (observado por terapeuta).</p>
Psicoterapia Infantil Informada en Trauma	
Sensación de seguridad	<p>La terapeuta pide que ubiquen ese miedo en una escala donde el 0 es nada de miedo y el 10 es lo máximo.</p> <p>La terapeuta les comenta que las situaciones que les está preguntando se refieren a cosas que las niñas y los niños pueden sentir cuando han vivido situaciones fuertes.</p> <p>La primera sesión fue realizada en modalidad filial y al final de ésta, la terapeuta les comenta que la siguiente sesión será cada una solita, para platicar un poco más sobre el tema, preguntando si se encontraban de acuerdo.</p>
Calma	<p>La terapeuta les da la bienvenida a ambas niñas en compañía de su madre y comenta que sabe que estuvieron en la escuela al momento del terremoto, sin embargo, aclara que de eso hablarían después.</p> <p>La terapeuta les comenta que esas situaciones que les están pasando son normales, explica que a todas las personas les impactan estas cosas y les da</p>

miedo, porque son situaciones muy fuertes, aclara que es normal que una persona sienta miedo y se sienta angustiada, sobre todo si vieron algo que fue un poco más fuerte de lo que otras personas vivieron.

La terapeuta enseña ejercicio de relajación muscular progresiva (duras como tostadas y aguadas como tortillas), el cual queda como tarea, para realizarlo 3 veces en 3 momentos del día como familia.

Sentido de eficacia personal y colectiva	<p>La terapeuta deja como tarea que el ejercicio de relajación muscular progresiva sea realizado en conjunto, como familia.</p> <p>La terapeuta solicita a Bonnie que cuando ella vea que se sienten nerviosas haga con ellas el ejercicio de relajación para que lo puedan ir practicando, no solo en momentos de nerviosismo sino entrenarlo a diario, ya que la forma en la que el cerebro comprende que todo se encuentra bien es haciéndolo periódicamente.</p> <p>Bonnie comenta que tanto su esposo como su hijo mayor se encuentran muy mal también, por lo que la terapeuta brinda opciones de lugares a los que pueden acudir, como la facultad de psicología donde se harían grupos para adultos o bien llamando a la línea telefónica para atención en crisis. Además de resaltar la importancia de que reciba ayuda debido a las reacciones que presenta.</p>
Conectividad	<p>Se realiza la sesión en modalidad familiar para fortalecer el vínculo de ambas niñas con su madre y los cuidados de ella frente a las reacciones de las niñas.</p>
Esperanza	<p>La terapeuta les comenta que primero les explicará porqué les está pasando eso, inicia comentándoles que es muy importante que ellas sepan que no “se están volviendo locas”, que no es que se encuentren mal y que se quedarán mal el resto de sus vidas, explica que cuando una persona se encuentra en una situación fuerte como puede ser un temblor, sismo o cualquier otra situación pero que le impacta mucho a la persona y les explica lo que sucede con el cerebro en estos momentos y las cosas que se pueden hacer al respecto.</p> <p>La terapeuta clarifica que la idea es poder tener un número pequeño de sesiones con las que se pueda atender la situación en particular de inmediato, que ellas se sientan mejor y tranquilas, así como prevenir cualquier situación que pudiera derivarse de esto.</p>

Nota: Durante esta sesión el objetivo inicial era explorar el motivo de consulta y realizar evaluación, sin embargo al observar a las niñas tan ansiosas se decidió comenzar a practicar ejercicios de relajación para comenzar con el proceso de intervención. Además, al final se analizó que debido a la dificultad de ambas para identificar y expresar con claridad los problemas que presentaban a partir del terremoto, era necesario hacer uso de instrumentos y/o estrategias más objetivos con la finalidad de realizar el diagnóstico de forma precisa e imparcial. Por lo que se procedió a realizar

la búsqueda de herramientas previamente diseñadas para este fin, encontrando las mencionadas anteriormente.



Sesión 2 - “Mi problema es...”

Fecha: 3 de octubre de 2017

Tipo: Evaluación e intervención / Sesiones individuales (Denise)

Objetivos: Aplicación de inventarios de evaluación. Exploración individual del motivo de consulta y sintomatología presente. Enseñar técnica de respiración diafragmática y de EMDR.

Viñeta:

T: “¿Por qué elegiste dibujar la escuela con el edificio para representar tu problema?”

D: *Permanece en silencio, solamente viendo a la terapeuta*

T: “¿Fue la imagen que se te vino a la cabeza?”

D: *Asiente con la cabeza*

T: “¿Por qué crees que vino esa imagen?”

D: *Guarda silencio, se encoge de hombros*

T: “¿No sabes? Solo fue la imagen que se vino a la cabeza entonces”

D: “Si”

T: “Si pudieras nombrar ese problema que acabas de dibujar en forma de tu escuela con el edificio que estaba a un lado, como le pondrías a ese problema, por ejemplo, si yo te digo “Mi problema es... ¿cómo terminas esa frase?”

D: *Guarda silencio y solo mira a la terapeuta*

T: “Mmmm... te voy a dar unas opciones de lo que se me ocurre con lo que tu pusiste aquí y lo que me han platicado: A lo mejor, ‘Mi problema es... que el terremoto me agarró en la escuela’ o ‘que extraño mi escuela’ o ‘que no he ido a la escuela’, o ‘que vi

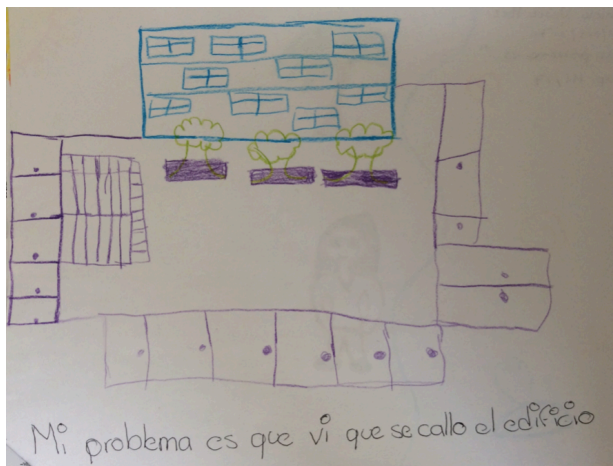
que se cayó un edificio junto a la escuela', o 'que no sé si tengo escuela porque no he ido'...¿cuál sería?"

D: "Mi problema es que vi que se cayó el edificio"

T: "Mmm sí, eso puede ser un problema grande, ahora te voy a pedir que lo escribas aquí porque para empezar a trabajar es importante primero saber qué es lo que hay que trabajar"

D: *Escribe*

T: "Ok, Si 'D' estas situaciones son muy difíciles, a veces son tan difíciles que cuesta trabajo decirlas, eso pasa cuando la gente tiene emociones tan fuertes pero tan, tan fuertes adentro que no les dejan ni hablar. Como pasa con las personas cuando lloran muchísimo que no se entiende lo que quieren decir. Y esto que vivieron tu hermana, tu y todos los niños de su escuela, son emociones y situaciones muy fuertes que nos ponen en situaciones de mucha angustia, estrés y miedo, porque empezamos a pensar en muchas cosas feas, y a veces recordar esas cosas es muy doloroso y difícil pero a veces es importante recordarlas para entenderlas mejor, y eso es lo que vamos a ir haciendo en estas sesiones, vamos a ir recordando poco a poco qué fue lo que paso, a irle dando nuevos significados, para que puedas entenderla mejor y que se pase un poco más el miedo... Porque el asunto con el miedo es que al principio puede parecer chiquito, pero si lo dejamos ahí conforme pasa el tiempo de va haciendo cada vez mas y mas grande... Lo que es importante que sepas es que ante situaciones como estas es normal que sientas miedo, porque lo que si pasó y las puso en riesgo... pero "las puso", ¡ya pasó! y poco a poco vamos a irlo trabajando para que puedas irte sintiendo más tranquila."



Sesión 3 – “Contar y ‘re-contar’ con Denise”

Fecha: 9 de octubre de 2017

Tipo: Intervención / Individual (Denise)

Objetivos: Trabajo individual para la elaboración del material traumático. Aplicación de técnica para el reprocesamiento y desensibilización de la experiencia traumática (CATTI).

Resumen de la sesión: Se inicia la sesión únicamente con Denise, preguntándole cómo se encontraba ese día, ante lo que ella respondió sentirse más tranquila, sin embargo cuando la terapeuta exploró la razón por la que se sentía más tranquila, Denise permaneció en silencio, debido a lo que la terapeuta le brindó opciones respecto a algunos aspectos en los que puede identificar la tranquilidad, en los que Denise eligió los que se adecuaban a su sentimiento. Luego se reflexionó en conjunto sobre cuál ha sido el motivo por el que se ha sentido más tranquila, momento en el que Denise identificó que era debido a que había hecho los ejercicios de relajación constantemente. Luego, la terapeuta procedió a comentarle el objetivo de la sesión así como la dinámica que se tendría durante la misma, haciendo uso de un tono de voz suave, tranquilo y con un estilo lúdico al explicar que ese día si se hablaría del terremoto, en forma de dibujos y reafirmando su seguridad indicándole que si lo necesitaba podía solicitar que su mamá o hermana entraran con ella, ante lo que Denise comentó que no era necesario; además se clarificó que si en algún momento no deseaba hacer alguno de los dibujos que se le solicitarían podía negarse a hacerlo. Se inició la actividad y durante la misma, la terapeuta mantuvo con ella los crayones, mientras Denise utilizaba uno por uno, lo anterior con la finalidad de que al cambiar de color Denise hiciera contacto visual y verbal con la terapeuta y no permaneciera absorta dentro de sus pensamientos con contenido traumático. Después de los dibujos, se llevó a cabo la fase de “contar y recontar” durante la que la terapeuta fue colocando en forma de preguntas intervenciones para engrosar la narrativa de Denise sobre el evento. Posteriormente se le dio a Denise

la oportunidad de elegir qué deseaba hacer con sus dibujos, enfatizando que son parte de su historia y por lo tanto ella elige el destino que tienen, ante lo que ella eligió llevarlos a su casa. Al final se le explicó a Denise que debido a la actividad realizada era posible que llegara a estar algo sensible con el tema nuevamente, sin embargo, se complementó indicando que era natural y que con el paso de los días se sentiría mejor; lo anterior se habló también con Bonnie, recordando a ambas que si lo requería Denise podía hacer uso de las estrategias de relajación practicadas en sesiones anteriores.

Tabla 10. Análisis de la sesión 3 (Intervención / individual Denise).

<i>Dimensiones</i>	<i>Resultado</i>
<i>Trastorno de Estrés Agudo</i>	
Intrusión	Continúa pensando constantemente en el evento traumático a pesar de tratar de controlarlo.
Estado de ánimo negativo	Refiere que se siente más tranquila y segura. Emociones identificadas durante el evento: miedo (en #9), angustia al buscar a su hermana (en #8). Emociones el día de la sesión: más feliz, a salvo, segura y tranquila. Manifiesta preocupación y angustia por la incertidumbre respecto a las condiciones en las que quedó su escuela y la posibilidad de que sea derrumbada. Además, se presenta miedo de perder el año escolar y angustia porque es probable que la cambien de escuela.
Disociativos	No se observaron en esta sesión.
Evitación	Tono de voz muy bajo al momento de narrar la historia sobre el evento traumático.
Alerta	Refiere sentirse más tranquila, dormir mejor y una disminución en la sudoración de las manos; sin embargo, durante la realización de la actividad propuesta en el espacio terapéutico, éste síntoma vuelve a ser evidente, específicamente al momento de dibujar las escenas representativas del evento traumático, disminuyendo conforme avanzó la actividad. Identifica que lo que le ha ayudado a sentirse mejor es realizar constantemente los ejercicios practicados en sesiones anteriores.
<i>Psicoterapia Infantil Informada en Trauma</i>	
Sensación de seguridad	La terapeuta explora cómo se siente, dando opciones para que Denise elija las emociones que mejor explican su estado actual. La terapeuta explica claramente el objetivo de la sesión que es abordar directamente el evento traumático, recordando que previamente se han ensayado estrategias para tranquilizarse. La terapeuta anuncia que además Denise puede pedir a alguien que entre a la sesión con ella si es que se llega a sentir muy angustiada al inicio o durante la

actividad.

La terapeuta mencionar constante y propositivamente palabras derivadas de “seguridad” al explicar los objetivos, la actividad y lo largo de la sesión.

Al hablar sobre el evento, se promueve la reflexión respecto a lo que hubiera pasado, en términos de su seguridad, si ella actuaba de forma impulsiva durante el terremoto y salía a buscar a su hermana separándose del grupo en el que se encontraba.

Calma

La terapeuta explica a Denise que la forma en la que se hablará del evento será a través de dibujos con los que ella contará lo que le pasó, con la intención de facilitar la expresión.

La terapeuta explica que la experiencia de cada quien es distinta aunque haya sido el mismo evento por lo tanto su historia es muy valiosa para ser contada.

La terapeuta utiliza en general durante la sesión un tono de voz suave y cálido, enfatizando el mismo en momentos críticos como: pedir que recuerde el momento más angustiante del evento, explorar mediante preguntas algunos elementos faltantes en la historia (reestructuración cognitiva)

Al llegar a la parte de la reestructuración cognitiva (en la historia) la terapeuta toma una postura curiosa para promover la reflexión de Denise sin presionarla o cuestionarla.

Normalización de emociones de valencia negativa frente a una situación traumática como el terremoto y la incertidumbre sobre el estado actual de su escuela, el fin del ciclo escolar y el término de su primaria.

Explicar previamente que después de la actividad realizada se pueden presentar algunos efectos como incremento de la irritabilidad entre otros, explicando que el motivo de esto es que la actividad ayudó a “acomodar” sus recuerdos, recordando que en todo momento puede hacer uso de las estrategias de relajación practicadas previamente.

Se reflexiona sobre la diferencia entre reprobar por dificultades académicas y perder el año por una circunstancia externa, para disminuir la angustia por no concluir su primaria ese año.

Sentido de
eficacia personal y
colectiva

La terapeuta pregunta por pautas específicas que le ayudan a identificar a Denise porqué se siente más tranquila.

La terapeuta explica que los ejercicios son para que se relaje, explicando que lo primero que hay que hacer es aprender a relajarse y tranquilizarse, alentándola para que continúe implementándolos.

Al iniciar la actividad se presentan los materiales disponibles y se le da oportunidad de elegir cuál desea utilizar.

La terapeuta constantemente reafirma que la experiencia de lo ocurrido es de ella (de Denise) y por eso es única y valiosa.

La terapeuta recuerda a Denise a lo largo de la sesión que ella puede negarse a dibujar algo en el momento que lo requiera.

Durante la reestructuración cognitiva: Pedirle que reflexione si alguien la ayudó o como llegó a estar segura en el salón, identificando que ella misma se había ayudado al correr y ponerse a salvo; enfatizando su capacidad para mantenerse a salvo durante un evento traumático (Denise de seguridad).

Después de la exploración de la historia, la terapeuta proporciona la oportunidad de que Denise agregue los dibujos que ella necesite para complementar la narrativa de la historia.

Al hablar sobre las preocupaciones actuales de su vida, se promovió la reflexión sobre qué es lo que si puede hacer Denise frente a lo que ocurre en la escuela, qué no puede hacer y cómo puede manejar la angustia que le genera.

Al finalizar la actividad, la terapeuta explica que esa historia le pertenece y ella (a Denise) y por lo tanto puede decir qué quiere hacer con ella, dando como opciones: llevársela, dejarla, destruirla (elige llevársela).

Conectividad

La terapeuta mantiene en todo momento un tono de voz cálido y tranquilo, explicando empáticamente y de forma lúdica los objetivos de la sesión y las instrucciones a seguir.

Durante la actividad, la terapeuta mantiene consigo los colores que se utilizan, con la finalidad de que se establezca contacto visual y/o verbal cada vez que necesita usar uno distinto, para evitar la disociación al recordar contenido traumático.

La actitud de la terapeuta es en todo momento paciente, dispuesta y atenta sin hostigar, mientras se realiza la actividad en general.

Esperanza

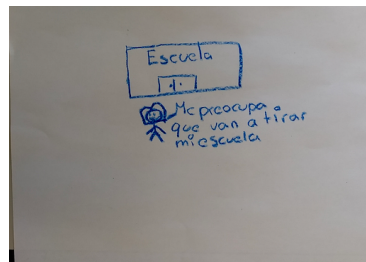
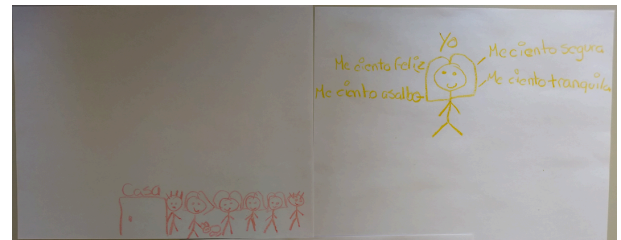
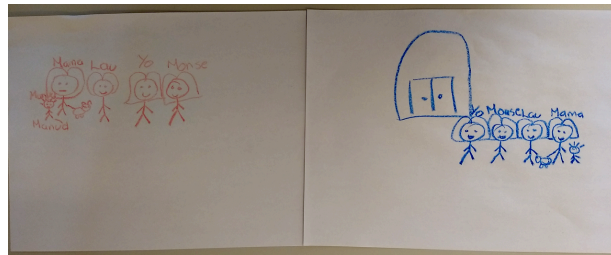
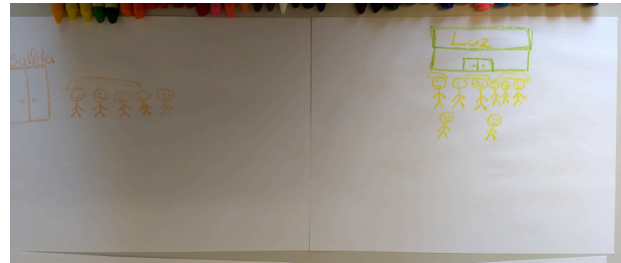
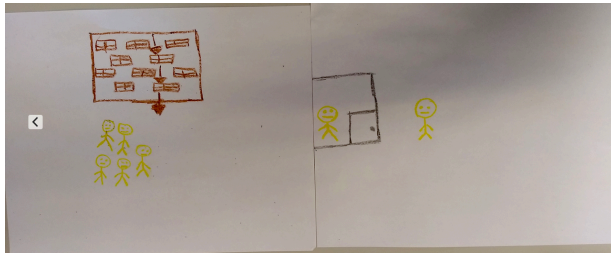
Durante la actividad se enfatiza en la narrativa del evento los elementos de seguridad y de ayuda en ese momento que se encuentran normalmente omitidos.

Facilitar la reflexión sobre las cosas, personas, acciones que le permitieron sentirse segura durante el terremoto y después del mismo.

Reflejar las acciones específicas realizadas por ella con las que se protegió durante y después del evento (corriendo, poniéndose un suéter para no respirar el polvo, realizar ejercicios de relajamiento).

Al finalizar, la terapeuta platicó con Bonnie para compartir los efectos del trabajo realizado ese día en terapia, asegurando que después de ello todo se regularizaría y recordando que cuentan con herramientas practicadas previamente para mantenerse tranquilas si es que llegara a ser muy fuerte la reacción para ellas.

Nota: se eligió esta sesión para analizar debido a que, aunque no lo refirieron durante la primera entrevista; en una sesión de orientación con padres éstos compartieron que Denise al principio no recordaba la forma en la que se lastimó, sin embargo, después de esta sesión logró hacerlo y pudo platicarlo con su madre. En ese sentido, esta sesión se vuelve relevante debido a que la técnica aplicada se enfoca en la resignificación del evento mediante la recuperación y acomodación de memorias traumáticas de la experiencia.



Sesión 3 – “Contar y ‘re-contar’ con Martina”

Fecha: 9 de octubre de 2017

Tipo: Intervención / Individual (Martina)

Objetivos: Trabajo individual para la elaboración del material traumático.

Aplicación de técnica para el reprocesamiento y desensibilización de la experiencia traumática (CATTI).

Viñeta:

T: “... Ahora, como último paso de esta actividad, te voy a pedir que me vuelvas a contar la historia, pero esta vez yo ya no te voy a preguntar cosas; porque yo te fui preguntando y tu me fuiste diciendo más cosas que pasaron que donde estabas, en momento en el que te sentiste segura y todas esas cosas que yo te preguntaba y tu me platicabas que era nuevo. Te voy a pedir que vuelvas a contar la historia, pero incluyendo esas partes nuevas que surgieron ahorita que platicamos, todo eso nuevo va a estar en una nueva historia que va a ser la historia que narre cómo TÚ viviste esto

del terremoto. Para esto, yo me voy a quedar calladita para que tu puedas contar todo de corrido e incluyendo estas nuevas partes de la historia”

M: “Pero no me acuerdo”

T: *En tono juguetón* “¿No te acuerdas qué era, cómo crees?! Bueno, si quieres empieza y te voy ayudando...”

M: *Con risas* “ok, que primero vi cuando se cayó el edificio y las telas...”

T: “Ok entonces primero viste que se cayó el edificio con las telas ¿y luego?”

M: *riendo* “Es que ya no me acuerdo qué me preguntaste”

T: “¿Te gustaría que yo te la contara a ti?”

M: “Si”

T: “Ok, yo te la cuento a ti y luego tu me la vuelves a repetir, ¿ok?”

M: *Asiente con la cabeza*

T: “Bueno, la historia que yo entendí de lo que acabas de poner aquí es la siguiente...”

Se cuenta la historia desde la perspectiva de la terapeuta “Bueno, esa es la historia como yo me acuerdo y ahora, ya que te ayudé... ¡vas!”

M: *Sonríe* “Que un día estaba en la escuela y que de repente empezó a temblar, y que todos nos salimos y que vi cuando se cayó pero a una distancia muy lejos pero me dio miedo. Luego, luego con mi amiga Camila, que desde el kinder éramos amigas y que me sentía segura con ella. Luego llegó mi hermana por nosotras y este, con mi perrita ‘M’ y me dejé de preocupar porque vi que estaban bien mi mamá y mi hermana y mi perrita ‘M’. Luego nos fuimos a mi casa y... mmm... este me preocupé más porque no sabíamos nada de mi hermano y luego ahora siento que estamos mas feliz, mi hermana también y solo estoy preocupada por mi familia o que vuelva a pasar... y ya”

T: “¿Y qué puedes hacer con esa preocupación?”

M: “Mmm no sé”

T: “Tratar de hacer un plan para estar seguros como familia”

M: “Ah si”

T: “Ok, pues esta historia así como la ves, es una historia que cuenta TU historia como TU viviste ese temblor porque aunque todos en esta ciudad lo vivimos, no lo vivimos de la misma manera que tu, cada quien lo vivió distinto, incluso tu y tu hermana que estuvieron en el mismo lugar lo vivieron de forma distinta. Entonces como esta es TU historia, se puede hacer con ella lo que tu quieras; te la puedes llevar, me la puedes dejar o la puedes destruir”

M: “Tu la guardas... ¿y Pedro? Mejor se lo quiero echar en Pedro”



Sesión 4 – “Creando a los monstruos del miedo”

Fecha: 16 de octubre de 2017

Tipo: Intervención / Fraternal

Objetivos: Inicio de intervención fraternal. Trabajo para la elaboración del miedo aún presente mediante la creación de un “monstruo casero”.



Sesión 5 – “El antídoto contra los monstruos es la felicidad”

Fecha: 24 de octubre de 2017

Tipo: Intervención / Fraternal

Objetivos: Finalizar trabajo para la elaboración del miedo. Retomar actividades que implican placer mediante el festejo de cumpleaños.

Viñeta:

T: “¿Cuál era el antídoto contra cualquiera de los dos monstruos?”

D: “El de las cosquillas y el de los pensamientos alegres”

M: “Y la luz”

T: “Oigan ¿y las cosquillas que emoción serán?”

D y M: “La felicidad”

T: “Parece ser que para vencer a esos monstruos que las han estado haciendo tener aún miedo, no querer ir a la escuela, estar pensando en los temblores y soñar cosas feas hay que tratar de estar felices ¿Y saben cómo uno de estar feliz?”

D y M: *Se voltean a ver y ríen diciendo que no con la cabeza”

T: “Pues haciendo las cosas que les gustan, por ejemplo ¿qué les gusta hacer?”

M: “Jugar... A todo”

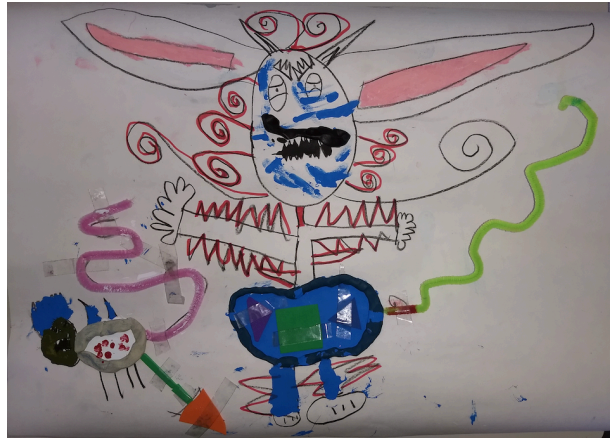
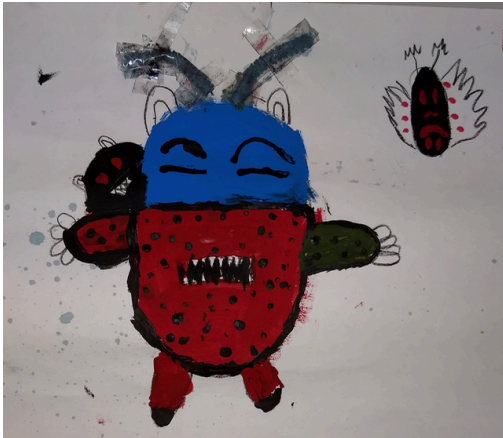
D: "Jugar con la tablet... y jugar con mi prima"

T: "¿Y saben qué otra cosa nos hace feliz? Festejar las cosas buenas que nos pasan, y celebrar las cosas buenas. Cuando uno se siente con mucho miedo no le dan ganas de hacer cosas y no quiere jugar ni celebrar ni platicar ni salir con la gente pero ¿eso ayuda?"

D y M: "No"

T: "¿Y qué es lo que sí nos ayuda a vencer a estos monstruos?"

M: "¡Festejar y jugar!"



Sesión 6 – “Loco como el papá de Juan Gabriel”

Fecha: 31 de octubre de 2017

Tipo: Intervención / Orientación con padres

Objetivos: Retroalimentación sobre la intervención y los avances observados.

Identificar afectaciones emocionales derivadas del terremoto en los padres / Contención emocional a padres.

Viñeta:

B: *“Si es que de hecho a nosotras nos agarró el temblor en la clínica... luego, luego corrimos a las escaleras como estaban saturadas y ella (su hija K) reaccionó rápido fue por el otro lado y yo siento que como él (F) dice que yo traigo mucho ella (K) trae más, porque se preocupó mucho y empezó con ‘no mamá, no mamá, las niñas’ (llanto) y luego agarró al niño y se echó a correr... y ella corría y yo no la alcanzaba, era tanta su preocupación que yo le decía tranquila hija te va a pasar algo, pero ella iba y yo nada más oía que decía ‘las niñas, las niñas, las niñas’ estaba bien preocupada. Como de ahí pasamos a la casa, nos acodamos que tenemos a la perrita y nada más me dice ‘dame las llaves, saco a la perra’ y pasó pero ahí también oyó que gritaron que la escuela se había caído... Ya ni buscó cadena, nada más le abrió a la perra que se salió*

tras de ella corriendo también y me dijo 'mamá me dijeron que se cayó la escuela', a ella nunca lloró yo siempre la vi como bien y ella siguió corriendo y siguió corriendo, yo iba atrás de ella con el niño, yo me quedé con el niño porque dice ella "yo voy más rápido"... ya iba corre y corre y corre y cuando llegamos yo solo vimos el edificio este tirado y pensé lo peor, yo me quedé hasta un momento así... y pensé 'no, no, no, es que no, ya se cayó esta porquería encima de las niñas' y en eso volteo así y me dice ya las encontré mamá, en eso ya nos estábamos abrazando y si estábamos todas llorando pero les dije ya pasó mis niñas ya pasó, ya vámonos".

(...)

F: "Yo sí lo sentí así y lo compartí con ella (señala a Bonnie), es con la única que lo comparto pero yo sentí como que se me salía el alma"

(...)

F: "¿Sabes porque se quedó loco el papa de Juan Gabriel?, porque vio nacer al Paricutín y empezó a creer que habían espíritus y su cerebro no lo pudo asimilar"

T: "Y ese tipo de cosas si son algo parecido a un estrés postraumático y ahí sí tenemos que preocuparnos porque si nos puede llevar hasta el delirio"

B: "Si el señor se puso mal, lo llevaron al psiquiatra"

F: "Quemó toda la cosecha del pueblo, porque quería darle una ofrenda a lo que estaba pasando, porque nunca supo que era el volcán"

T: "Ese tipo de cosas si son complicadas, pero eso no significa que ahorita sea lo que nos está pasando"

F: "Yo si me sentía al borde, mi cerebro estuvo con un estrés de..."

B: "Si, porque yo cuando le dije 'ya párale' porque no dormía, de veras que no dormía... No dormía nada más estaba con el celular, ya hasta a mi me estaba estresando"

Nota: Al tener la sesión se identificó que ambos padres se encontraban muy alterados por el tema del temblor, por lo que la mayor parte del tiempo se tuvo que proporcionar contención y psicoeducación a ambos. Debido a eso se programó una cita extra con ellos antes de la sesión familiar.

Sesión 7 – “Padres tranquilos, hijas tranquilas”

Fecha: 4 de noviembre de 2017

Tipo: Intervención / Orientación con padres

Objetivos: Orientación respecto al manejo de crisis en casa / contención emocional a padres.

Resumen de la sesión: Se inició la sesión con Fausto y Bonnie, inmediatamente al llegar Fausto comenzó a platicar con la terapeuta que ya se encontraban más

tranquilos pero aún atentos frente a los posibles sismos que se dice en las redes sociales que ocurrirán pronto; ante lo que Bonnie responde que más bien siguen muy exagerados. Durante los primeros 15 minutos de la sesión Fausto continuó platicando cosas referentes a los temblores que han pasado y a los que próximamente ocurrirán, así como de las aplicaciones de teléfono y alertas sísmicas mediante las que se puede saber con anticipación cuando ocurren los mismos. Debido a que se les observó muy enfocados en el tema de un posible temblor nuevo, se enfatizó la importancia de establecer planes de acción familiar previos a la ocurrencia de un evento de ese tipo. Además, se platicó sobre las reacciones normales ante situaciones extremas, cómo éstas van cambiando a lo largo del tiempo, cuáles son las estrategias que ayudan a sentirse más tranquilos; así como las que agudizan los síntomas. Se realizaron ejercicios de imaginación, de relajación muscular progresiva y de respiración diafragmática para que ambos padres adquirieran herramientas de regulación emocional que les permitiera contener a sus hijos ante la ocurrencia de alguna situación estresante. Al finalizar la sesión ambos platican a la terapeuta sobre el caso de la hermana de Fausto quien fue diagnosticada con trastorno límite el cual se manifestaba mediante ataques de agresión; mismos que han mejorado significativamente con ayuda de la práctica de yoga, la cual recordaron al practicar los ejercicios de relajación durante la sesión.

Tabla 11. Análisis de la sesión 7 (orientación con padres).

Dimensiones	Resultado
Trastorno de Estrés Agudo	
Intrusión	<p>Martina: No se reportaron en esta sesión.</p> <p>Denise: No se reportaron en esta sesión.</p> <p>Fausto: Durante la sesión completa platica sobre los rumores de terremotos que van a ocurrir, así como dónde se sentirán más y la intensidad de los mismos; se muestra sobreinformado acerca del tema, aún cuando se intenta introducir otro tema en la sesión, él vuelve constantemente al mismo.</p> <p>Bonnie: No se reportaron en esta sesión.</p>
Estado de ánimo negativo	<p>Martina: Reportan que la observan muy tranquila y volviendo a la normalidad.</p> <p>Denise: Padres reportan que Denise tiene una actitud muy negativa y evasiva cuando se habla del sismo en el ambiente familiar, dando respuestas como: <i>“me vale, de todos modos nos vamos a morir”</i>.</p> <p>Fausto: Reporta necesidad de proteger a su familia y al mismo tiempo sentir que son un obstáculo para salir a salvo cuando suenan las alertas sísmicas, sintiéndose más nervioso por las noches.</p> <p>Bonnie: No se reportaron en esta sesión.</p>
Disociativos	<p>Martina: No se reportaron en esta sesión.</p> <p>Denise: No se reportaron en esta sesión.</p> <p>Fausto: No se reportaron en esta sesión.</p> <p>Bonnie: No se reportaron en esta sesión.</p>
Evitación	<p>Martina: No se reportaron en esta sesión.</p> <p>Denise: Padres reportan que Denise tiene una actitud muy negativa y evasiva cuando se habla del tema en casa dando respuestas como: <i>“me vale, de todos modos nos vamos a morir”</i>.</p> <p>Fausto: No se reportaron en esta sesión.</p> <p>Bonnie: No se reportaron en esta sesión.</p>
Alerta	<p>Martina: No se reportaron en esta sesión</p> <p>Denise: No se reportaron en esta sesión</p> <p>Fausto: Al preguntarle cómo se encuentra menciona que continúan atentos, no puede dormir, se mantiene observando la aplicación sky alert. Además, comparte que la intranquilidad la siente por las noches. Se observa dificultad para cambiar el tema respecto a los temblores “próximos” y un tono de voz angustiado</p> <p>Bonnie: Reporta dificultades para dormir. Se observa un tono de voz angustiado al hablar de los terremotos.</p>
Psicoterapia Infantil Informada en Trauma	
Sensación de seguridad	<p>La terapeuta escucha con actitud tranquila y dispuesta mientras ambos padres platican sus preocupaciones sobre próximos terremotos.</p> <p>Se promueve la reflexión en ambos padres sobre el efecto que tiene enterarse continuamente sobre los temblores alrededor del mundo y cómo afecta en la sensación de seguridad de ellos y sus hijos.</p> <p>Se promueve reflexión sobre la diferencia entre la necesidad de tener un plan de acción previo por precaución y el vivir con miedo siempre.</p>
Calma	<p>La terapeuta normaliza las emociones que describen ambos padres, explicando que todos los habitantes de la ciudad se encontraban en un estado</p>

de alerta los días posteriores al terremoto como parte de una respuesta natural ante el evento.

Se realiza psicoeducación sobre los síntomas posteriores a un evento traumático enfatizando los criterios de tiempo y reacciones esperadas, diferenciándolas de las afectaciones no adaptativas que requieren atención.

Se realiza psicoeducación sobre los procesos cerebrales que se activan en momentos de estrés agudo, cambiando el nivel de funcionamiento interno de las personas, enfatizando que un evento similar reactiva nuevamente toda la sintomatología.

Se realizan ejercicios de respiración diafragmática e imaginación para identificación de pensamientos e imágenes catastróficas; explicando que el mantener estos en la mente reactivan todo el sistema de alerta interno dificultando la recuperación posterior, resaltando la importancia de practicar los ejercicios para “desactivar” dichos pensamientos.

Se lleva a cabo un ejercicio de relajación muscular progresiva con adultos para que lo hagan solos, compartiendo las adaptaciones que se requieren para realizarlo con los niños.

Sentido de
eficacia personal y
colectiva

Se exploran las posibilidades de acción que tiene cada uno de los integrantes de la familia en una situación de emergencia, con la finalidad de implementar un posible plan de acción familiar.

Se enfatiza que las estrategias practicadas a lo largo de las sesiones les ayudan a mantenerse tranquilos ante situaciones estresantes y se agrega el “cambiar foco de atención” como otra alternativa a su alcance.

Conectividad

Facilitar la reflexión en ambos padres, sobre la relación entre las actitudes observadas en Denise y lo que ocurre en casa respecto al tema de los terremotos.

Se enfatiza la importancia de que ellos como padres se encuentren estables emocionalmente para llevar a cabo su rol parental en la familia y poder dar certeza y seguridad a sus hijas; explicando que por la edad de las mismas el estado emocional de la familia incide en el de ellas, por ello la relevancia de trabajar con el sistema familiar.

Esperanza

La terapeuta explica que las reacciones manifestadas por ambos padres, y la familia en general, son normales ante situaciones anormales (como un terremoto), enfatizando que eso no es indicador de una patología grave ya que hay formas de regresar a la normalidad y/o cuando los pensamientos, imágenes o emociones catastróficas nos afectan.

Nota: durante esta sesión ambos padres no refirieron síntomas en Martina, sin embargo, comentaron que de acuerdo con sus observaciones ha sido ella a quien continuamente observan aplicando las estrategias y ejercicios ensayados en terapia, atribuyendo su estabilidad actual a esa situación.

Sesión 8 – “Reprocesamiento familiar de la experiencia”

Fecha: 11 de noviembre de 2017

Tipo: Intervención / Familiar

Objetivos: evaluación del estado emocional familiar actual. Reprocesamiento de la experiencia de forma grupal. Proveer información para la elaboración de un plan de acción familiar.

Resumen de la sesión: Se inició dando la bienvenida a los miembros de la familia que no habían estado presentes en sesiones anteriores (Mike y Kia). Entre todos comentan de forma general cómo se han encontrado, y algunas situaciones sobre el regreso a clases de Martina y Denise, que ocurrió en una escuela distinta que les prestó las instalaciones puesto que la suya continuaba en malas condiciones. Se introduce la posibilidad de concluir próximamente con el tratamiento debido a las mejorías que se observan en las niñas, además se les explicó sobre una interrupción en el mismo de dos semanas debido a actividades académicas de la terapeuta, comentándoles que durante ese periodo ellos podrían, como familia, continuar la elaboración del plan de acción frente a emergencias familiar; Fausto muestra dudas sobre la tarea debido a la actitud que han observado en Denise, respecto a no querer hablar del tema, por lo que se habla de la importancia de comunicar las cosas sin angustia para no invadir de angustia al otro y que eso bloquee la comunicación. Se realiza la aplicación del protocolo EMDR de intervención grupal (Artigas, et al., 2015), que comienza con la estrategia del “abrazo mariposa” y va siguiendo con una actividad similar a la realización de una historieta que incluye las 8 fases de reprocesamiento descritas en la teoría. Durante la misma, se implementó la medición del malestar mediante unidades subjetivas de medida en forma de caras para facilitar la identificación en los niños. Se

observó a ambos padres altamente concentrados y afligidos durante la realización del ejercicio, mientras Martina, Denise y su hermana Kia lo hicieron concentradas, sin embargo, se les observó tranquilas y apoyando a su hermano Mike ya que debido a su edad y etapa de desarrollo le fue muy complicado mantener la atención durante el tiempo que duró la actividad, siendo ellas quienes le llamaban y pedían que se mantuviera tranquilo. La mayoría de la familia concluyó la actividad al mismo tiempo, excepto Bonnie, sin embargo, se le permitió a ella que continuara tranquila ya que se le observaba muy concentrada aún, lo cual duró varios minutos. Al concluir ella se les entregó el manual para realizar un plan de acción familiar, se brindó oportunidad para que lo revisaran rápidamente por si tenían dudas; ambos padres lo leyeron e indicaron no tenerlas; se les explicó que serían ellos quienes revisarían primero el plan y luego lo compartirían con la familia para elaborarlo en conjunto pero con la dirección de ambos padres, todos estuvieron de acuerdo, entonces concluyó la sesión agradeciendo a Kia por acompañar a sus hermanas (ya que en ocasiones anteriores se había identificado que ella no deseaba acudir de ninguna manera a atención terapéutica).

Tabla 12. Análisis de la sesión 8 (familiar).

Dimensiones	Resultado
	Trastorno de Estrés Agudo
Intrusión	Martina: No se reportaron en esta sesión. Denise: No se reportaron en esta sesión. Fausto: No se reportaron en esta sesión. Bonnie: No se reportaron en esta sesión. Mike: No se reportaron en esta sesión. Kia: No se reportaron en esta sesión.
Estado de ánimo negativo	Martina: Miedo y enojo por haber regresado a la escuela. Denise: Sin dificultades por reincorporarse a las actividades de la escuela. Fausto: No se reportaron en esta sesión. Bonnie: Refiere estar bien, debido a que sus múltiples actividades no le dejan tiempo para pensar en lo ocurrido. Mike: El no expresa miedo, la escuela reporta que se porta bien y trabaja. Kia: No se reportaron en esta sesión.

Disociativos	<p>Martina: No se reportaron en esta sesión. Denise: No se reportaron en esta sesión. Papá: No se reportaron en esta sesión. Mamá: No se reportaron en esta sesión. Mike: No se reportaron en esta sesión. Kia: No se reportaron en esta sesión.</p>
Evitación	<p>Martina: Negarse a regresar a la escuela incluso antes de que sea la fecha en la que deben presentarse. Denise: Papás mencionan que continúa mencionando cosas como “nos vamos a morir donde sea”; Denise niega que ella haga esos comentarios, se le observa molesta. Papá: No se reportaron en esta sesión. Mamá: No se reportaron en esta sesión. Mike: No se reportaron en esta sesión. Kia: No ha platicado con ningún miembro de la familia sobre lo acontecido a pesar de haber sido quien recogió a las niñas en la escuela, se muestra molesta al abordar el tema en casa.</p>
Alerta	<p>Martina: No se reportaron en esta sesión. Denise: No se reportaron en esta sesión. Fausto: No se reportaron en esta sesión. Bonnie: No se reportaron en esta sesión. Mike: No se reportaron en esta sesión. Kia: No se reportaron en esta sesión.</p>

Psicoterapia Infantil Informada en Trauma

Sensación de seguridad	<p>La terapeuta da una bienvenida cálida a todos los integrantes de la familia, agradeciendo su disposición por apoyar a Martina y Denise. Cuando la familia comenta sus preocupaciones sobre el próximo regreso a actividades escolares la terapeuta explica que el objetivo de acudir a terapia es que el regreso a la escuela no sea tan angustiante y puedan sentirse más seguras, recordando que conocen ejercicios que pueden utilizar para continuar fortaleciéndose.</p>
Calma	<p>Cuando los padres manifiestan su preocupación porque Kia no habla con ellos sobre lo ocurrido y evita el tema en casa, la terapeuta explica que no siempre es necesario que se platique del tema si ella no lo considera necesario, ya que las reacciones ante eventos traumáticos son personales; enfatizando que si ella considera requerirlo en un futuro puede acudir a pedir apoyo en donde se sienta más cómoda. Terapeuta explica la diferencia entre hablar de un plan familiar para prevenir y estar listos ante alguna eventualidad; y continuar todo el tiempo hablando del tema desde la angustia y miedo, explicando que en el caso de Denise se ha trabajado la situación en sesiones y puede ya no ser necesario para ella continuar hablando del tema, como una forma de explicar la respuesta “evasiva” que observan. Ejercicio de relajación inicial en la actividad (abrazo mariposa). Cuando Fausto juega a asustar a Mike con el “monstruo come-miedos” la terapeuta interviene explicando el uso correcto del mismo, aclarando que no daña ni lastima de ninguna manera.</p>

Sentido de eficacia personal y colectiva	La terapeuta introduce el tema de la alta terapéutica debido a la mejoría observada en ambas niñas, clarificando que aún quedan algunas sesiones pero que se aproxima el cierre.
Conectividad	<p>La terapeuta explora cómo ha estado la familia para revisar el estado emocional del sistema.</p> <p>Se explicó que el objetivo de la sesión familiar es asegurar el bienestar de todos como sistema familiar.</p> <p>Al hablar del plan de acción familiar, se reflexiona sobre la forma en la que se comunican las cosas dentro de casa para asegurar que sea un plan de prevención y no una fuente de angustia.</p>
Esperanza	<p>La terapeuta refleja que con el paso del tiempo cada vez se les observa más tranquilos a todos.</p> <p>Se les entrega el manual para elaborar planes familiares de contingencias, para que elaboren uno bajo la dirección de ambos padres.</p>



Sesión 9 – “El miedo ya no es un problema”

Fecha: 28 de noviembre de 2017

Tipo: Cierre / Fraternal

Objetivos: Evaluación de la percepción que cada niña tiene sobre su proceso terapéutico y los avances del mismo.

Viñeta:

T: "La última vez que habíamos hablado del miedo habían dicho que estaba en 5 de D y el de M en 6 ¿cómo en cuanto estará ahora?"

D: "En 2"

M: "En 4"

(...)

T: "¿Qué haría falta para que estuvieran más tranquilas? ¿O ya así como están se sienten bien?"

D: "Pues yo ya me siento bien, si pero aunque cuando pasa un camión o algo así se siente como tiembla así en la escuela"

M: "Ay y luego cuando están cerquita se siente también"

D: "Luego todos los lunes cuando suena la cosa que suena, piensan que es la del temblor y luego luego todos se quieren parar"

T: "¿Y ustedes?"

D: "Yo no"

M: "Yo ya no"

D: "Yo tampoco"

(...)

T: "¿Qué piensan de que se acabe la terapia se sienten listas y tranquilas? ¿O piensan que necesitan todavía platicar de algo más?"

D y M: *Se quedan pensativas*

T: "La verdad, la verdad... aquí no pasa nada, si ustedes me dicen 'no, todavía no me siento lista' entonces trabajamos otra cosa... El punto es que ustedes se sientan bien".

D y M: *Permanecen pensativas al principio, luego asienten con la cabeza*.

Sesión 10 – “Despedida con la fiesta de la pizza”

Fecha: 05 de diciembre de 2017

Tipo: Sesión fraterna / cierre terapéutico

Objetivos: Cierre terapéutico aplicación de inventarios finales.

Resumen de la sesión: Se inició dándoles la bienvenida a ambas y explorando cómo se encontraron durante la semana, se explicó la dinámica de la sesión que consistió en dos partes, una con unas actividades propuestas por la terapeuta (cuestionarios y “la fiesta de la pizza”) y una segunda por su elección de juegos para convivir. Se inició contestando los cuestionarios, momento en el que se les recordó que

no existían respuestas correctas o incorrectas y que sus respuestas debían pensarlas acerca de cómo se sintieron las dos últimas semanas, leyendo en conjunto algunas instrucciones y permitiéndoles responder tranquilamente. Posteriormente se realizó la primer parte de la actividad “la fiesta de la pizza” que consistió en responder a las preguntas que la terapeuta iba formulando, escribiéndolas dentro de un pedazo de pizza dibujado en una hoja, las preguntas eran las siguientes: algo que aprendí de mi misma; algo que pude realizar; algo en lo que pude mejorar; algo en lo que nadie mas me había ayudado; algo en lo que aún necesito trabajar; y, cómo me siento de terminar la terapia. Se compartieron entre las tres las respuestas, en las que cada niña identificó mejorías dentro del proceso, siendo más relevantes la capacidad de sentirse más tranquilas con el tema del terremoto. Después de compartir sus análisis, se les sorprendió con una pizza de verdad y se les dio la oportunidad de elegir si deseaban celebrar en compañía de su madre dentro del consultorio o si preferían hacerlo únicamente las tres; ellas eligen que desean hacerlo solas. Eligieron también utilizar los juguetes del consultorio, prefiriendo los dados para crear historias, las cuales fueron contando mientras comían pizza. Se les explica que es necesario pasar a su mamá los últimos minutos para hacer cierre con ella dentro del consultorio; momento en el que Bonnie comenta a la terapeuta que le gustaría que se continuara trabajando otros aspectos con las niñas como la actitud que Denise llega a tener en la escuela, en la que en ocasiones elige no realizar las actividades que le solicitan; la terapeuta explicó que como tal la intervención en crisis derivada del terremoto llegó a su fin y que preguntaría si era posible continuar el trabajo con otras temáticas y cuales serían los movimientos administrativos necesarios; Bonnie hizo énfasis en su preocupación porque fuera la terapeuta quien continuara trabajando con ellas, ya que habían logrado tenerle mucha

confianza y eso era algo que a las niñas les costaba trabajo con la gente en general. Se aprovecha para explicar que habrán seguimientos para corroborar que las cosas sigan mejor, y Bonnie refiere que su preferencia es hacerlos de forma presencial. Finalmente, se recogen los materiales entre todas, las chicas se llevan lo que quedó de la pizza para compartirla con su familia y concluye la sesión.

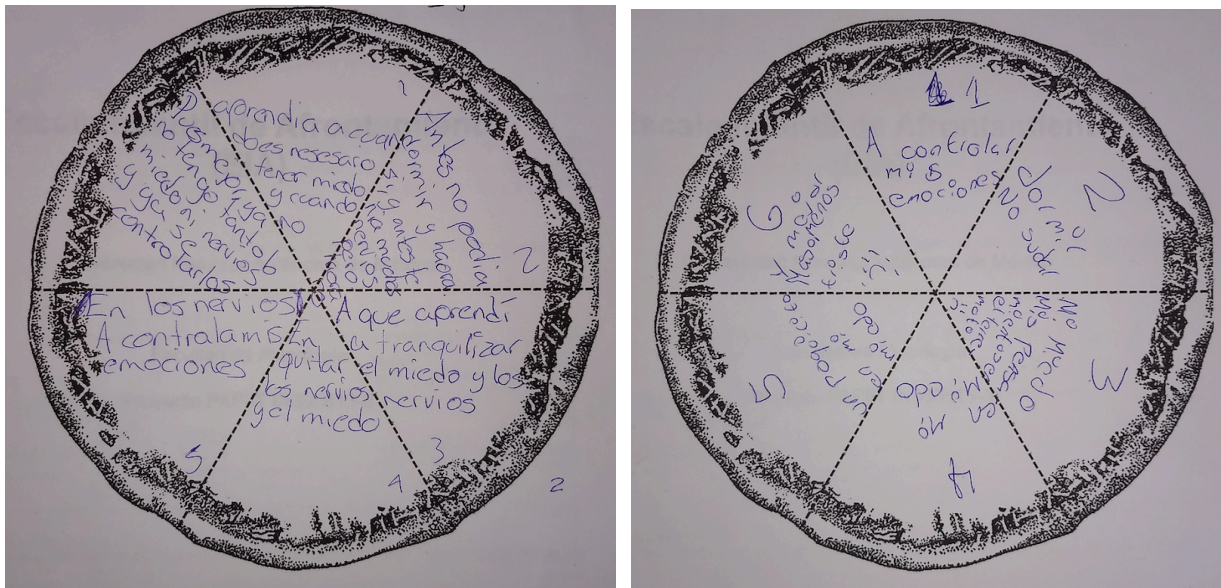
Tabla 13. Análisis de la sesión 10 (fraterna / cierre terapéutico).

Dimensiones	Resultado
Trastorno de Estrés Agudo	
Intrusión	Martina: Comparte que durante el tratamiento pudo tranquilizar sus “nervios” y los pensamientos en el terremoto. Denise: No se reportaron en esta sesión.
Estado de ánimo negativo	Martina: Comparte que aprendió a controlar sus emociones. Denise: Comparte que aprendió cuando es necesario tener miedo y cuando no. Además logró tranquilizar su miedo y “nervios”.
Disociativos	Martina: No se reportaron en esta sesión. Denise: No se reportaron en esta sesión.
Evitación	Martina: No se reportaron en esta sesión. Denise: No se reportaron en esta sesión.
Alerta	Martina: No se reportaron en esta sesión. Denise: No se reportaron en esta sesión.
Psicoterapia Infantil Informada en Trauma	
Sensación de seguridad	La terapeuta da una bienvenida cálida a ambas niñas y les explica con claridad lo que ocurrirá en esa sesión, así como el objetivo de la misma.
Calma	La terapeuta explica con tranquilidad cada actividad que será realizada dentro de la sesión.
Sentido de eficacia personal y colectiva	No se identificaron en esta sesión.
Conectividad	Se realizó la actividad de cierre “la fiesta de la pizza” que tiene como objetivo analizar el proceso terapéutico en conjunto y la cual incluyó una pizza para convivir como sorpresa, dándoles la oportunidad de elegir si se invitaba a su mamá o si convivían solo ellas (eligen no invitarla). Al finalizar se les recordó que pueden contactar a la terapeuta después de terminar la terapia, si es que lo requieren.

Esperanza

La terapeuta les recordó que es normal que el miedo no se quite al 100%, porque hay situaciones que no se van a olvidar, pero lo importante es que se sienten cada vez mejor.

Se normalizaron los sentimientos de tristeza por terminar la terapia, enfatizando la importancia de que este llega debido a que se encuentran mejor y han fortalecido sus habilidades de afrontamiento frente a sucesos similares.



En este punto del tratamiento, se determinó que las mejorías observadas tanto en Martina como en Denise eran suficientes para establecer el alta terapéutica ya que, como lo especifican Bellak y Small (1980) el principal objetivo de la psicoterapia en emergencia es apoyar a la persona frente a un momento de vulnerabilidad psicológica específico con la meta fundamental de retornarle a su nivel de funcionamiento anterior al inicio de la crisis.

En ese sentido, entre los avances más significativos del proceso, se encontraba la disminución del miedo percibido por ambas niñas el cual fue monitoreado en la primera y última sesión terapéutica mediante unidades subjetivas de medida; descendiendo en el caso de Martina del número 5 (inicio) al 3 (final) y en el caso de

Denise del 7 (inicio) a 1 (final), en una escala del 0 al 10 en donde cero era el menor y diez el máximo posible. Lo anterior aunado a un incremento en la funcionalidad general de ambas, manifestado por la disminución de: los problemas para dormir, las respuestas de sobresalto exageradas, la excesiva sudoración de manos, entre otras; aunadas al incremento de: su apetito y participación en actividades placenteras cotidianas como el juego; esto, con base en los reportes realizados por ambas niñas y sus padres.

Sesiones de seguimiento

Después de concluir con la intervención se realizaron dos sesiones de seguimiento presencial con Martina, Denise y Bonnie. Una dos meses y medio después de concluir y la otra a los 6 meses luego de realizar la sesión de cierre. A continuación se describen dichas sesiones.

Seguimiento uno (Dos meses y medio después del cierre)

Es relevante mencionar que unos días antes de la fecha estipulada para la cita ocurrieron nuevamente dos temblores significativos en la Ciudad de México, los cuales, si bien no generaron daños significativos como lo ocurrido el 19s, si tuvieron una intensidad mayor a lo que suele presentarse normalmente.

Se entrevistó a Martina, Denise y a Bonnie en un primer momento se platicó con las tres dentro del consultorio y luego se tuvo unos minutos por separado con cada una. Durante el primer momento se platicó respecto a los recientes temblores y ellas compartieron que nuevamente se sintieron un poco nerviosas, aunque en menor intensidad a lo ocurrido en septiembre; Bonnie comparte que lo que le asusta más que

el temblor en sí es la alarma sísmica que se activa y comparte que a quien continúa viendo muy intranquilo es a Fausto ya que duerme muy tarde y parece estar muy alerta sobre todo en las noches, lo cual según su reporte no ocurría hasta antes de los temblores de septiembre y ahora es muy común a pesar de que él comenta sentirse muy tranquilo con el tema, sin embargo si llega a hacer comentarios referentes a que él se quedará a cuidar por las noches.

Se platicó primero con Martina quien compartió que antes del temblor se encontraba bien con el tema, manteniendo su miedo en #3 y que durante el temblor si se puso nerviosa pero después todo volvió a la normalidad y los días posteriores su miedo siguió en #3, al preguntarle qué hizo para mantenerse en ese nivel mencionó que nada puesto que no había tenido miedo y por lo tanto no había necesitado implementar ninguna estrategia. Comentó que únicamente el día del reciente temblor se sintió intranquila y no había podido dormir pero que tanto antes como después del mismo se había sentido tranquila, negando síntomas de todos los tipos y expresando que no considera necesitar trabajar en algo más en psicoterapia. Además explicó que ahora que ya volvieron a la escuela después de haber sido restaurada ha notado que se siente tranquila ya que a comparación de sus compañeros quienes se asustan por los ruidos fuertes y ambulancias, ella no lo hace y al contrario logra diferenciar los ruidos de ambulancias y el de la alerta sísmica.

En segundo lugar se habló con Denise quien comentó sentirse en general tranquila, identificando que antes del reciente temblor su miedo había desaparecido completamente llegando al #0, sin embargo, después de los recientes eventos incrementó al #2, reflexionando que se encuentra en esa intensidad porque se percibe mas atenta a la posible ocurrencia de un temblor, sin embargo recuerda que durante el

mismo pudo mantenerse tranquila porque su experiencia previa con el temblor de septiembre le ayudó a saber cómo resguardarse y tranquilizarse, implementando la estrategia del “lugar seguro” aprendida en terapia. Además compartió que en el regreso a su escuela también se ha sentido tranquila, aunque si hubieron bastantes cambios tanto en la estructura de la misma como con sus compañeros ya que muchos se cambiaron de escuela o mudaron de ciudad. También comentó que ella si ha observado a Martina muy nerviosa pero considera que le da vergüenza admitir que se siente afectada y por eso no lo dice. Explicó que los días posteriores al reciente temblor sintió un cambio en su sueño puesto que dormía y despertaba con la sensación de no haber descansado pero que la última noche eso no había ocurrido ya, y menciona que cuando se le dificulta dormir practica los ejercicios de respiración y relajación muscular para conciliar el sueño. Finalmente, la terapeuta le menciona que en los resultados del cuestionario que respondió al final se identificó un grado de enojo significativo y le preguntó si ella tenía alguna idea de porqué ocurría eso, ante lo que Denise respondió que probablemente se debía a que en ese momento todo el tiempo se hablaba del tema en su casa, lo cual la tenía molesta pero que actualmente eso ya no ocurre por lo que no se siente así ya. Como reflexión final, Denise comparte que ya no hay algo que le preocupe sobre el terremoto por lo que considera no necesitar continuar trabajando algo en psicoterapia.

Finalmente se platicó con Bonnie quien compartió que a quien había visto más afectada a partir del reciente temblor era a Martina, explicando que antes del mismo se encontraba muy tranquila y sin problema alguno; asistiendo a la escuela, comiendo, durmiendo y jugando bien, como regularmente lo hacía; no obstante, esos últimos días la había observado muy alerta y un poco irritable aunque no había dejado de comer o

de jugar como le ocurrió en septiembre; debido a lo anterior se le explicó a Bonnie que tener ciertas reacciones leves son normales después de un temblor aunque sea de intensidad baja debido a la experiencia previa y al evento en sí, enfatizando la importancia de diferenciar cuando son reacciones normales o cuando se empiezan a presentar síntomas que afectan la funcionalidad y son indicadores de problemas más agudos; se le recuerda que las niñas conocen ejercicios que pueden implementar en momentos de ansiedad. Bonnie compartió que en general las había visto muy recuperadas respecto a la situación del terremoto de septiembre, sin embargo agregó que en la familia existen antecedentes de violencia de pareja entre ella y Fausto, por lo que considera que la interacción en general de las niñas se ha visto afectada puesto que tienden a pelear constantemente, aunado a que las observa con dificultades para socializar en la escuela, especialmente a Martina; y preguntó si existe posibilidad de retomar el proceso terapéutico para abordar estas temáticas; la terapeuta respondió que se revisará la posibilidad con la administración del centro comunitario.

Seguimiento dos (seis meses y medio después del cierre)

Esta entrevista se llevó a cabo nuevamente con Martina, Denise y Bonnie, siguiendo la misma dinámica de platicar con cada una por separado. En esta ocasión también toma relevancia el que aproximadamente una o dos semanas antes del día para el que se programó la cita nuevamente ocurrió un temblor de intensidad moderada, el cual si bien no tuvo afectaciones como el del pasado 19s si movilizó los protocolos de emergencia ante tales situaciones. Se inició hablando con las tres juntas y comentaron que en general se encuentran bien, resaltando que con las alarmas si se

sienten temerosas algunos días, lo cual desaparece con el paso del tiempo permitiéndoles retomar su cotidianidad sin problemas.

Se inició platicando con Denise quien comparte con mucha emoción que se encuentra bien y que está próxima a terminar la primaria sintiéndose más segura y a gusto en la escuela. Explica que durante las alertas sísmicas si siente nerviosismo pero que este pasa inmediatamente después de que termina el evento y no tiene que implementar ninguna estrategia, ya que ocurre naturalmente, especificando que durante la alarma siente un miedo en #4 y luego vuelve al #0. Posteriormente se habló con Martina quien compartió que en el último temblor si se puso nerviosa y situó el miedo que sintió en ese momento en un #5, al compartirlo se observa una actitud tímida y que comienza a frotar sus manos nuevamente, explica que el miedo se va en tres días en los que le cuesta trabajo dormir y prefiere acostarse con su hermana para sentirse acompañada, pero después está tranquila de nuevo. Agrega que en la escuela le va bien aunque suelen haber momentos en los que recuerda el sismo y siente escalofríos que pasan inmediatamente, se explora más al respecto y Martina comenta que esto le ocurre aproximadamente dos veces a la semana; negando la presencia de más síntomas relacionados y únicamente estando en la escuela, sin embargo considera que no le afecta porque inmediatamente sigue con sus actividades de clase. Se enfatiza su valentía por afrontar todo lo que ocurrió y se le recuerda que si se siente nuevamente como le ocurrió en septiembre será importante pedir ayuda nuevamente.

Finalmente se platicó con Bonnie quien comentó que Martina es quien se muestra más alerta pero que después de unos días se pasa. Agrega que observa asustado a su hijo menor, Mike, porque pide constantemente que se le baje el volumen a música y televisión para poder estar al tanto de la alerta sísmica, lo cual ha resuelto

hablando con él para tranquilizarlo ya que no nota ningún otro síntoma de alerta en él. También refiere que a Martina le cuesta trabajo dormir sola, aunque no logra identificar si es por miedo o por costumbre debido a que siempre ha dormido acompañada; compartiendo que desde septiembre a ambas les gusta dormir con la luz del baño encendida y si no lo hacen les cuesta mucho trabajo conciliar el sueño. Sin embargo, agrega que ella sabe que sus hijas se encuentran bien y han superado la situación ya que ambas le han compartido que cada vez que suena la alerta sísmica en la escuela tanto sus compañeros como las maestras se ponen muy mal y algunos entran incluso en crisis de llanto y desesperación gritando y corriendo durante la evacuación, a diferencia de ellas quienes se espantan pero logran mantener la calma y continuar con sus actividades cotidianas; situación que le hace ver que ambas se encuentran muy bien respecto al tema. Se concluye por dar el alta definitiva del proceso.

Resultados Cuantitativos

A continuación, se muestran las tablas 14 y 15 en las que se colocan las puntuaciones obtenidas por ambas niñas en los inventarios y cuestionarios aplicados al iniciar el tratamiento, al finalizar y seis meses después de la alta terapéutica.

Tabla 14. Resultados Cuantitativos Martina.

Instrumento	Inicial	Final	Seguimiento 6 meses
Escala de exposición a eventos traumáticos (La Greca, et. al., 1996).	*Amenaza a la propia vida = 0/1 *Eventos observables durante el terremoto = 1/6 *Periodo posterior al desastre = 0/10	*No se aplicó	*No se aplicó
Escala Infantil de Síntomas del TEPT (CPSS) (Bustos, Rincón & Aedo, 2009)	*Puntuación total = 15 (TEPT bajo) *Sx reexperimentación = 9 *Sx evitación = 1 *Sx Hiperactivación = 4	*Puntuación total = 4 (TEPT bajo) *Sx reexperimentación = 2 *Sx evitación = 2 *Sx Hiperactivación = 0	*Puntuación total = 8 (TEPT bajo) *Sx reexperimentación = 5 *Sx evitación = 1 *Sx Hiperactivación = 2
Escala de Rumiación para niños (Cryder, Kilmer, Tedeshi & Calhoun, 2006)	*Rumiación reflexiva = 2.33 *Rumiación intrusiva = 1.5	*Rumiación reflexiva = 0.33 *Rumiación intrusiva = 0.5	*Rumiación reflexiva = 0.66 *Rumiación intrusiva = 1.5
	*Factor 1: afrontamiento funcional = 31 (t=41) A. Negociación = 6 B. Autocrítica = 3 C. Autosuficiencia=8 D. Resolución de problemas = 4 E. Adaptación = 6 F. Búsqueda de apoyo = 4	*Factor 1: afrontamiento funcional = 29 (t=39) A. Negociación = 6 B. Autocrítica = 2 C. Autosuficiencia=8 D. Resolución de problemas = 3 E. Adaptación = 6 F. Búsqueda de apoyo = 4	*Factor 1: afrontamiento funcional = 25 (t=35) A. Negociación = 4 B. Autocrítica = 2 C. Autosuficiencia=7 D. Resolución de problemas = 3 E. Adaptación = 7 F. Búsqueda de apoyo = 2
Escala Infantil de Afrontamiento (Lucio, Durán & Heredia, 2015)	*Factor 2: afrontamiento disfuncional = 18 (t=37) G. Enojo = 6 H. Autoagresión = 2 I. Oposición = 5 J. Aislamiento social o retraimiento = 5 *Factor 3: centrado en la emoción = 16 (t=50) K. Tristeza = 7 L. Miedo = 9 *Factor 4: evitativo = 6 (t=32) M. Distracción = 3 N. Evitación = 3	*Factor 2: afrontamiento disfuncional = 17 (t=36) G. Enojo = 5 H. Autoagresión = 2 I. Oposición = 5 J. Aislamiento social o retraimiento = 5 *Factor 3: centrado en la emoción = 12 (t=41) K. Tristeza = 5 L. Miedo = 7 *Factor 4: evitativo = 10 (t=43) M. Distracción = 4 N. Evitación = 6	*Factor 2: afrontamiento disfuncional = 17 (t=36) G. Enojo = 5 H. Autoagresión = 2 I. Oposición = 5 J. Aislamiento social o retraimiento = 5 *Factor 3: centrado en la emoción = 17 (t=52) K. Tristeza = 7 L. Miedo = 10 *Factor 4: evitativo = 9 (t=40) M. Distracción = 4 N. Evitación = 5
Inventario de crecimiento postraumático para niños (Cryder, et. al., 2006)	*No se aplicó	*Cambios generales = 1 *Cambios espirituales = 1.5	*Cambios generales = 1.125 *Cambios espirituales = 1

Tabla 15. Resultados Cuantitativos Denise.

<i>Instrumento</i>	<i>Inicial</i>	<i>Final</i>	<i>Seguimiento 6 meses</i>
Escala de exposición a eventos traumáticos (La Greca, et. al., 1996).	*Amenaza a la propia vida = 1/1 *Eventos observables durante el terremoto = 4/6 *Periodo posterior al desastre = 2/10	*No se aplicó	*No se aplicó
Escala Infantil de Síntomas del TEPT (CPSS) (Bustos, Rincón & Aedo, 2009)	*Puntuación total = 13 (TEPT bajo) *Sx reexperimentación = 5 *Sx evitación = 3 *Sx Hiperactivación = 5	*Puntuación total = 5 (TEPT bajo) *Sx reexperimentación = 1 *Sx evitación = 2 *Sx Hiperactivación = 2	*Puntuación total = 5 (TEPT bajo) *Sx reexperimentación = 2 *Sx evitación = 0 *Sx Hiperactivación = 3
Escala de Rumiación para niños (Cryder, Kilmer, Tedeshi & Calhoun, 2006)	*Rumiación reflexiva = 0 *Rumiación intrusiva = 1.5	*Rumiación reflexiva = 0.66 *Rumiación intrusiva = 0	*Rumiación reflexiva = 0.66 *Rumiación intrusiva = 0
Escala Infantil de Afrontamiento (Lucio, Durán & Heredia, 2015)	*Factor 1: afrontamiento funcional = 37 (t=47) A. Negociación = 5 B. Autocrítica = 4 C. Autosuficiencia = 11 D. Resolución de problemas = 5 E. Adaptación = 9 F. Búsqueda de apoyo = 3 *Factor 2: afrontamiento disfuncional = 19 (t=38) G. Enojo = 6 H. Autoagresión = 2 I. Oposición = 5 J. Aislamiento social o retraimiento = 6 *Factor 3: centrado en la emoción = 9 (t=34) K. Tristeza = 4 L. Miedo = 5 *Factor 4: evitativo = 8 (t=37) M. Distracción = 4 N. Evitación = 4	*Factor 1: afrontamiento funcional = 34 (t=44) A. Negociación = 6 B. Autocrítica = 4 C. Autosuficiencia = 9 D. Resolución de problemas = 5 E. Adaptación = 7 F. Búsqueda de apoyo = 3 *Factor 2: afrontamiento disfuncional = 25 (t=45) G. Enojo = 8 H. Autoagresión = 2 I. Oposición = 6 J. Aislamiento social o retraimiento = 9 *Factor 3: centrado en la emoción = 11 (t=39) K. Tristeza = 5 L. Miedo = 6 *Factor 4: evitativo = 9 (t=40) M. Distracción = 4 N. Evitación = 5	*Factor 1: afrontamiento funcional = 29 (t=39) A. Negociación = 3 B. Autocrítica = 2 C. Autosuficiencia = 10 D. Resolución de problemas = 4 E. Adaptación = 8 F. Búsqueda de apoyo = 2 *Factor 2: afrontamiento disfuncional = 23 (t=43) G. Enojo = 8 H. Autoagresión = 2 I. Oposición = 8 J. Aislamiento social o retraimiento = 5 *Factor 3: centrado en la emoción = 11 (t=39) K. Tristeza = 4 L. Miedo = 7 *Factor 4: evitativo = 10 (t=43) M. Distracción = 5 N. Evitación = 5
Inventario de crecimiento postraumático para niños (Cryder, et. al., 2006)	*No se aplicó	*Cambios generales = 0.5 *Cambios espirituales = 0	*Cambios generales = 1 *Cambios espirituales = 0.5

Análisis general de los resultados

El trabajo en psicoterapia con Martina y Denise tuvo tres metas terapéuticas principales las cuales fueron:

a) Disminución de la sintomatología postraumática; aunada a un aumento en la funcionalidad de ambas niñas y de un estado de calma al hablar del tema.

b) Enriquecimiento de la narrativa del suceso, la cual incluirá elementos olvidados de la experiencia, así como componentes protectores como la posibilidad de obtener ayuda, mismos que se verán reflejados en el aumento de los sentimientos de seguridad y dominio ante la posible ocurrencia de eventos similares.

c) Fortalecimiento de la sensación de seguridad y protección en el ambiente familiar.

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos en función a dichas metas específicas.

Respecto a la primer meta, enfocada principalmente en la disminución de síntomas y el incremento de la funcionalidad en ambas niñas se puede apreciar, en las tablas de análisis sesión por sesión que, a lo largo del proceso, los reportes de sintomatología postraumática fueron disminuyendo, resultado que fue corroborado cuantitativamente con la Escala Infantil de Síntomas del TEPT (CPSS) (Bustos, Rincón & Aedo, 2009), en la que se identificó una disminución de 11 y 8 puntos en la puntuación total de Martina y Denise, respectivamente, al momento de iniciar y concluir el tratamiento. Aunado al incremento de los reportes tanto de las niñas como de sus padres quienes cada sesión reportaban una mayor tranquilidad sobre el tema, lo que ocurrió a partir de la segunda visita.

En cuanto a la segunda meta terapéutica, la cual se centró en la elaboración y resignificación de la experiencia traumática aunada al aumento en la sensación de seguridad y autodominio de ellas frente a una situación similar; se apreció una mejoría paulatina tomando como referencia las autoevaluaciones realizadas por Martina y Denise respecto a su propio estado emocional, hechas a través de unidades subjetivas de medida mediante las cuales se fue reportando la evolución del miedo percibido por cada una a lo largo del proceso. Tales mediciones subjetivas resultaron útiles para cuantificar el incremento de la sensación de seguridad y el autodominio frente al tema y situaciones similares percibido por las niñas, incluso en las sesiones de seguimiento que tuvieron como característica particular la ocurrencia de eventos similares los días previos.

El indicador cuantitativo mediante el que se pueden observar los avances en esta segunda meta se presenta en la Escala de Rumiación para niños (Cryder, Kilmer, Tedeshi & Calhoun, 2006) mediante la que se puede apreciar que, en el caso de Martina, la rumiación reflexiva descendió de 2.33 a 0.33; y la rumiación intrusiva de 1.5 a 0.5; siendo 3 la puntuación máxima para ambas. Tales datos tienen relevancia clínica en su caso debido a que dentro del cuadro sintomatológico manifestado por Martina al inicio del tratamiento se identificaba una elevada preocupación por su bienestar y el de su familia, dificultad para concentrarse en actividades cotidianas, lo cual puede ser asociado con una alta rumiación reflexiva, en un esfuerzo por comprender lo ocurrido; asimismo, presentaba pensamientos catastróficos y recurrentes sobre el terremoto aunados a un esfuerzo constante y fallidos por dejar de tenerlos; lo cual es indicador de una rumiación intrusiva. En ese sentido la disminución de ambos tipos de rumiación puede tener relación con haber asignado un nuevo significado a la experiencia y con

ello disminuir la necesidad por pensar constantemente en el tema. Por su parte, en los resultados de Denise, se identifica un aumento en la rumiación reflexiva de un puntaje de 0 a 0.66 y una disminución en la rumiación intrusiva de 1.5 a 0; siendo significativa al inicio del tratamiento la ausencia de rumiación reflexiva y la presencia únicamente de intrusiva, ya que esta combinación puede ser interpretado como un indicador de sintomatología disociativa o de evitación, misma que no permite la resignificación del evento; debido a ello, el aumento de la reflexión y la disminución de la intrusión se interpretan como cambios saludables en los patrones de pensamiento sobre el evento, favoreciendo la resignificación y la construcción de una narrativa integrada de la experiencia.

La tercera meta terapéutica correspondió al fortalecimiento de la sensación de tranquilidad y protección en el entorno familiar, en la cual si bien al momento del cierre terapéutico se presentaron avances significativos; durante las sesiones de seguimiento se pudo apreciar que no se cubrió al 100% la expectativa de mejora en este sentido, lo cual parece haber sido influido por varios aspectos que se analizarán a continuación.

Por un lado, los padres manifestaban sintomatología aguda, la cual se presentaba con tal intensidad que llegó a modificar los objetivos de trabajo en algunas sesiones (de orientación parental y familiares) durante las que fue sumamente necesario dar mayor peso a la contención afectiva y el reprocesamiento de su propia experiencia en lugar de trabajar en el abordaje de estrategias parentales para proveer de seguridad a las niñas, ya que tal falta de regulación en ellos generaba un ambiente de incertidumbre y catástrofe con un discurso de miedo en el sistema familiar referente a la aparición de nuevos terremotos con características similares o mayores al ocurrido en el mes de septiembre, un posible cambio de domicilio debido al miedo de su padre,

avisos constantes de terremotos ocurridos alrededor del mundo y la posibilidad de la pérdida total de la sanidad mental frente a las experiencias traumáticas. Tal fenómeno es explicado en mejor medida por Hobfoll et. al. (2007), quienes han documentado que durante los desastres comunitarios a gran escala se puede tener el resultado opuesto al apoyo social esperado, en el sentido de que las personas al no contar con información completa y precisa sobre lo acontecido, tienden a compartir rumores e historias angustiantes alrededor del evento, lo que lejos de coadyuvar en el establecimiento de un entorno seguro y tranquilo incrementa la angustia dentro del sistema.

En ese sentido, se observó que a pesar de que los papás intentaban regularse e incluso hacían uso de las estrategias revisadas en terapia, continuaban altamente angustiados y en estado de alerta; sin embargo, resulta relevante mencionar que si bien durante los seguimientos se apreció que dentro del sistema familiar continuaba la tensión sobre el tema de los terremotos, no se encontraron indicadores de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tanto en Martina como en Denise, a pesar de existir precursores significativos como la presencia de Trastorno de Estrés Agudo inmediatamente después del evento (DSM-5, 2013), y un entorno con dificultades para reincorporarse tranquilamente a la vida cotidiana después del mismo (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012), manteniendo una angustia latente ante la posibilidad de la presencia de un nuevo temblor.

Durante las sesiones de seguimiento se obtuvieron los siguientes resultados significativos; por un lado, como ya se mencionó anteriormente, dentro de la exploración realizada en entrevista con cada una de las niñas y su madre no se reportaron síntomas asociados a un TEPT o de algún trastorno del espectro postraumático, lo cual resulta significativo debido a la ocurrencia previa de temblores de

mediana intensidad en la CDMX ante los que ambas niñas reportaron haber reaccionado con un grado mínimo de nerviosismo y haber logrado recuperar su tranquilidad durante los días posteriores incluso implementando las estrategias aprendidas en el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, al analizar los resultados cuantitativos del seguimiento seis meses después al cierre terapéutico se obtuvo un ligero incremento en el puntaje de Martina en la Escala Infantil de Síntomas del TEPT (CPSS) (Bustos, Rincón & Aedo, 2009) pasando de un total de 4, al final del proceso, a 8 en el seguimiento de 6 meses. Por su parte, Denise concluyó con un total 5 cinco, manteniendo el mismo puntaje seis meses después de concluir el proceso terapéutico y manifestando únicamente un reacomodo en el tipo de sintomatología manifiesta, siendo la de hiperactivación la que contaba con una presencia mayor.

Tal incremento y mantenimiento de la sintomatología de TEPT puede ser explicado en términos del impacto de un trauma crónico o repetido, ya que el vivir en una ciudad con una elevada actividad sísmica como lo es la CDMX ocasiona que en cada evento similar se activen nuevamente los sistemas involucrados en la supervivencia y en la reexperimentación de la experiencia traumática, lo cual contrario a la creencia popular, no fortalece a las personas sino que las coloca en una posición cada vez más vulnerable ante los efectos de un evento traumático pudiendo incluso agudizar en cada nuevo acontecimiento las reacciones que se tienen ante eventos similares (NCTSN, 2005). En ese sentido, el incremento de la sintomatología en Martina y mantenimiento en Denise, pudiera tener su origen en la ocurrencia de temblores los días previos a las sesiones de seguimiento, sin embargo, resulta relevante destacar que las afectaciones observadas continuaban dentro de los parámetros de la normalidad para eventos del tipo en términos de tiempo de aparición e intensidad de las mismas;

además el grado de autodominio percibido por ambas en dichas circunstancias fue elevado, lo cual representa un factor protector ante la ocurrencia de imprevistos similares en el futuro.

Retomando el análisis respecto al discurso familiar de angustia y miedo imperante durante esos meses, resulta relevante destacar que si bien el contenido en el discurso, sobre todo del padre, era significativamente desolador, lo cual representaba un factor altamente significativo en la posible configuración de un TEPT en las niñas que como se observó anteriormente no se encontraba presente al momento de realizar los seguimientos; si generaba modificaciones en el estado anímico de ambas niñas, como una reacción protectora ante el contexto de estrés en la dinámica familiar. Tales reacciones eran principalmente asociadas a un enojo, tristeza, miedo y evitación del tema, las cuales se detectaron en la Escala Infantil de Afrontamiento (Lucio, Durán & Heredia, 2015) mediante un incremento en la puntuación de afrontamiento disfuncional centrada en la presencia de enojo, en el caso de Denise; a través de un incremento en la puntuación del afrontamiento centrado en la emoción con componentes significativos de tristeza y miedo, en el caso de Martina; y con un aumento en el afrontamiento evitativo cada vez que se aplicaba el cuestionario en ambas.

De acuerdo con Saldaña (2014), la evitación se genera debido a que las experiencias traumáticas son tan intensas y cargadas de estímulos sensoriales que bloquean la capacidad integradora de la mente mediante la presencia de disociación, dificultando su integración con los esquemas cognitivos y emocionales previos, ocasionando un “rechazo” ante cualquier recordatorio de la situación dolorosa. Lo anterior fue aclarado por Denise quien, al presentarle los resultados de la escala, compartió que los consideraba muy certeros debido a que en casa se hablaba

constantemente del tema, situación que le molestaba en gran medida y que continuaba generando miedo a su hermana por lo que prefería evadir el tema cada vez que su papá lo retomaba; sin embargo, reconoció que conforme pasa el tiempo el tema se vuelve menos recurrente en las conversaciones familiares.

Discusión

“Una vez solo, Oz sonrió al pensar en el éxito que acompañó a su tentativa de dar al Leñador, al Espantapájaros y al León exactamente lo que cada uno creía desear.

—¿Cómo puedo evitar ser un farsante cuando toda esta gente hace creer cosas que todos saben que son imposibles? —dijo—. Fue fácil satisfacer los deseos del Espantapájaros, el León y el Leñador, porque ellos imaginan que soy omnipotente. Pero se necesitará algo más que imaginación para llevar a Dorothy de regreso a Kansas, y estoy bien seguro que no sé cómo puede hacerse.”

Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz” de Lyman Frank Baum

El presente trabajo tuvo como objetivo principal analizar un proceso de intervención psicoterapéutica fundamentado en la Psicoterapia Infantil Informada en Trauma, para conocer su incidencia en el Trastorno de Estrés Agudo mediante la elaboración de un estudio de caso con dos niñas afectadas por el terremoto del 19s en la CDMX. En ese sentido y de acuerdo con los resultados obtenidos se pueden realizar las siguientes observaciones:

Con base en lo planteado dentro del marco teórico, se tiene que uno de los pilares fundamentales en el tratamiento del trauma psicológico es la construcción del vínculo (Perry, 2006) que, en el caso de Martina y Denise, se dio a través de los acercamientos pausados y respetuosos de la terapeuta, mediante los que se propició que el espacio terapéutico fuera visto como seguro y confiable, facilitando así que la expresión emocional de ambas niñas se realizara de forma libre y autónoma.

Asimismo, la teoría nos habla de cómo el impacto que tendrá el estrés traumático en la salud mental de una persona, independientemente de su edad, se relaciona directamente con la incongruencia entre las capacidades de adaptación individual con las que cuenta y las demandas internas o externas que se tienen frente a un evento traumático; siendo particularmente relevante, en el caso de los niños, su edad y el nivel

de desarrollo cognitivo que manifiestan, considerando que la combinación de dichos factores influirá en gran medida su respuesta psicológica frente a eventos altamente estresantes (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012). Tal consideración fue relevante al momento de diseñar el plan de tratamiento adecuado para Martina y Denise, y constituyó uno de los motivos por los que se llevó a cabo el trabajo en sesiones fraternas, ya que al tener un año de diferencia de edad compartían formas de interactuar e incluso gustos personales, motivo por el que la relación fraterna se observó funcionaba como una fortaleza en la dinámica; facilitando la elaboración de las emociones que además se encontraban asociadas a una experiencia compartida. Además, respecto a las habilidades cognitivas de ambas se observó que se complementaban unas con otras, facilitando el trabajo y reflexión terapéutica en conjunto.

Por otro lado, se enfatiza la relevancia teórica de las intervenciones psicológicas durante el primer mes posterior a la ocurrencia de un evento traumático ya que *“el Trastorno de Estrés Postraumático, como trastorno, tiene su origen en la persistencia desadaptativa de respuestas apropiadas y adaptativas presentes durante el estrés traumático”* (Perry, 2014, p. 2). Dichas respuestas continúan poniendo a prueba las capacidades de afrontamiento de la persona, las cuales se van desgastando, ocasionando un desgaste emocional y disminuyendo las habilidades de afrontamiento con las que se cuenta. Es por ello, que dentro del tratamiento con Martina y Denise, la psicoeducación fue uno de los pilares fundamentales ya que a través de la misma se les repitió continuamente a Martina, Denise y su familia, que las reacciones que manifestaron en un principio eran consideradas normales dentro de un contexto altamente estresante y que era esperado presentarlas, sin embargo, era importante

mantenerse alerta frente a la presencia prolongada o intensa de las mismas, lo cual puede devenir en la configuración de un trastorno postraumático más complejo.

En ese sentido, es importante enfatizar que si bien es común que después de una experiencia traumática se desarrolle ya sea un Trastorno de Estrés Agudo o un Trastorno de Estrés Postraumático, éstos no son los únicos que pueden aparecer a partir de un trauma; existen además otros denominados “del espectro postraumático” que también pueden configurarse y que es importante conocer para realizar un análisis diferencial correcto, estos son: duelo traumático, depresión mayor, depresión psicótica, ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobia, trastornos disociativos, trastornos somáticos, psicosis, abuso de sustancias y Trastorno Límite de Personalidad; además, por supuesto, del TEA, TEPT y TEPT complejo (Briere & Scott, 2015).

En consecuencia, la evaluación cobra una importancia significativa al momento de realizar el diagnóstico diferencial y, por lo tanto, de diseñar el plan de tratamiento adecuado para la persona que acude a consulta. De modo que, el profesional debe contar con un conocimiento amplio sobre la sintomatología postraumática y su expresión de acuerdo con la edad y etapa de desarrollo de cada paciente que atiende, además es importante que cuente con suficientes métodos de evaluación como listas de chequeo, cuestionarios, inventarios, etcétera, de los que pueda echar mano en caso de requerir realizar un diagnóstico de un trastorno del espectro postraumático.

En este aspecto, durante el trabajo con Martina y Denise se presentaron algunas complicaciones ya que para poder realizar un diagnóstico objetivo se utilizaron algunos recursos diseñados para identificar sintomatología de TEPT en niños, los cuales requerían actualizaciones ya que se encontraban fundamentados en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV. Sin embargo, al no encontrar actualizaciones

de los mismos, se recurrió a implementarlos asegurando un cuidadoso análisis clínico de los resultados obtenidos, debido a lo anterior, se tiene que para realizar el diagnóstico de forma correcta fue fundamental el conocimiento previo que la terapeuta tenía de la sintomatología postraumática y su expresión en niños, apoyado por el análisis detallado de los instrumentos aplicados y del seguimiento de las pautas establecidas en el DSM-5.

De acuerdo con lo anterior, resulta crucial hacer hincapié en el contexto dentro del que las atenciones informadas en trauma suelen presentarse y que inciden directamente en la práctica del profesional a cargo. En el caso de Martina y Denise la intervención se realizó en un contexto de desastre natural que, por definición, se caracteriza por tener un impacto en la mayoría los miembros de la comunidad, desorganizando en gran medida la dinámica cotidiana de una forma en la que usualmente el grupo no se encuentra preparado para sostener (Shawn, Espinel, & Schultz, 2012). Debido a ello, en el centro comunitario no se contaba con protocolos clínicos de acción previamente establecidos, que incluyeran materiales de evaluación en emergencias de los que se pudiera echar mano en casos de intervención en desastre natural, y que representó un reto sustancial principalmente en el periodo de evaluación.

Por otro lado, entre las intervenciones significativas dentro del proceso terapéutico con Martina y Denise, algo que favoreció bastante al proceso fue la integración de técnicas que por separado abordan diferentes aspectos del tratamiento y en conjunto funcionan complementariamente. En virtud de ello, para este tratamiento se realizó la integración de las pautas del Cuidado Informado en Trauma (Hopper, Bassuk & Olivet, 2009), con los descubrimientos sobre el funcionamiento neurofisiológico ante

eventos traumáticos (Van der Kolk, 2014), el Modelo Terapéutico Neurosecuencial (Perry, 2005; 2009), la psicoterapia en emergencia (Bellak & Small, 1980), acompañamiento psicosocial en situaciones de desastre natural (Shawn, Espinel & Schultz, 2012; NCTSN, 2015) y la psicoterapia infantil con juego y arte (Esquivel, 2010; Shawn, Espinel, & Schultz, 2012; Malchiodi & Crenshaw, 2014). Mediante las que se pretendió obtener un entendimiento integrativo respecto a las diferentes áreas del desarrollo que faciliten la comprensión profunda y global de lo que ocurre con el paciente. Tales aportaciones teóricas en conjunto conforman la base de la propuesta del modelo de intervención planteado en el presente trabajo.

El punto anterior es muy importante por analizar ya que, aunque la intervención psicoterapéutica tiene un fundamento teórico en la que el neurodesarrollo tiene una presencia sustancial, tanto que puede parecer que se atiende únicamente a lo orgánico; el modelo planteado incluye de forma crucial el acompañamiento del terapeuta para su apropiada implementación. Esto es debido a que toda estrategia de movilización de material traumático a nivel orgánico incluye una previa preparación del paciente con estrategias de autorregulación que pueda utilizar en caso de que la experiencia comience a ser muy abrumadora; ante ello es importante destacar que siempre será necesario el acompañamiento empático del terapeuta que permanezca al pendiente y contenga a la persona mientras ésta se adentra en la resignificación de la experiencia traumática; enlazando así el componente orgánico del tratamiento con el vínculo terapéutico que constituye el eje fundamental de toda psicoterapia.

Adicionalmente, la teoría nos indica que durante el tratamiento es importante ayudar a los pacientes a vivir de manera segura y plena sus experiencias presentes, contraindicando intervenciones de desensibilización, esto es porque se considera que si

bien ayudará a la persona a ser menos reactiva frente a estímulos perturbadores no cumple con el objetivo de reincorporarla hacia una vida llena de satisfacciones diarias (Van der Kolk, 2014). Considerando esto, en el caso de Denise y Martina, se procuró generar dentro del espacio terapéutico un entorno placentero y armonioso, incluyendo el trabajo con algunas técnicas en forma de juego, así como las celebraciones en general (cumpleaños de Martina y fin del proceso); mismas que tuvieron como objetivo principal, reincorporar las actividades placenteras y de disfrute dentro de la dinámica cotidiana de las niñas y su familiar. Esto, considerando que el tratamiento de trauma en sí tiene como objetivo no solamente devolver a la persona a su estado anterior de funcionamiento, sino mejorar la calidad de experiencias futuras (Van der Kolk, 2014), se vio reflejado también en las sesiones de seguimiento, durante las que se reportó que incluso después de meses de haber concluido el tratamiento se seguían utilizando las estrategias aprendidas en momentos de mucho estrés, ayudando a las niñas a vivir de forma más tranquila algunos eventos que pudieran ser potencialmente traumáticos.

Por otro lado, dentro del proceso también hubo estrategias que probablemente no fueron tan acertadas al momento de llevarlas a cabo. Una de ellas fue la estructura de la sesión familiar, para la que se utilizó el protocolo EMDR de intervención grupal (Artigas, et. al., 2015) el cual, de acuerdo a lo analizado, ayudó a los padres a significar de una forma distinta la experiencia traumática y que al mismo tiempo pareció no ser la más apropiada para utilizar en un contexto familiar con una diferencia de edades tan grande entre sus integrantes; ante esto se reflexionó sobre la posibilidad de incluir una sesión previa para conocer la dinámica familiar antes de implementar una estrategia de reprocesamiento de experiencia traumática y en función a lo observado dentro de la

dinámica, realizar las adecuaciones pertinentes de acuerdo a la edad y características de los participantes.

En cuanto a la efectividad del tratamiento la literatura nos indica que *“las experiencias traumáticas dejan huellas en nuestras mentes y emociones; en la capacidad para disfrutar y vincularnos, incluso en nuestra biología y sistema inmune”* (Van Der Kolk, 2014, p.1); y por lo tanto, el reto del tratamiento radica en aprender a controlar las sensaciones y emociones más allá de solamente aceptar que han ocurrido cosas devastadoras; ya que eso constituye únicamente el primer paso de la verdadera recuperación (Van der Kolk, 2014).

En ese sentido, el tratamiento implementado parece haber sido efectivo ya que ambas niñas reportaron mejoras significativas durante el periodo de intervención; las cuales, en su mayoría, se mantuvieron durante los meses posteriores al cierre del proceso. Sin embargo, al analizar los resultados obtenidos se identificó que en el seguimiento 6 meses después la sintomatología, específicamente en Martina, pareció incrementar de forma inesperada lo que en cierta medida puede ser atribuible a los temblores ocurridos los días previos que pudieron funcionar como reactivadores de la sintomatología aguda, aunque cabe aclarar, que la intensidad reportada fue mínima.

No obstante, algo que llamó la atención durante la revisión de los seguimientos fue la actitud de Bonnie, quien aparentaba continuar más alterada que ambas niñas sobre el tema, atribuyéndole a sus hijas una intensidad de reacciones agudas significativamente mayor a la reportada por ellas mismas; lo anterior, aunado a los reportes de las tres quienes coincidían en que Fausto continuaba visiblemente alterado por el tema, manifestándolo principalmente por las noches durante las que prefería no dormir para “quedarse vigilando”; encaminan la reflexión hacia la pregunta: ¿qué tan

listos se encontraban ambos padres para realizar el cierre terapéutico cuando se llevó a cabo? Con lo siguiente como una posible respuesta: los papás probablemente no se encontraban listos para el fin de la terapia y continuaron elaborando la experiencia desde lo traumático; situación que incidió en el entorno dentro del que ambas niñas continuaron su proceso de recuperación después del terremoto y al finalizar el proceso terapéutico.

En ese aspecto, se considera que debido a que ambos padres, a diferencia de las niñas, posiblemente no se encontraban aún listos al 100% para realizar el cierre terapéutico durante los meses posteriores no estuvieron preparados para contener a las niñas ante la eventual ocurrencia de temblores en la ciudad, lo cual tal vez sí influyó en las reacciones y recuperación posterior sobre todo en Martina. Ante esto, se considera que probablemente unas sesiones más de trabajo con los padres pudieran haber sido suficientes para modificar tal resultado.

Respecto al tema, desde luego que es valioso recordar que el tratamiento del trauma no sirve únicamente para atender y disminuir los síntomas inmediatos, sino que en términos de prevención cumplen una función trascendental y que, al hablar del caso particular de Martina y Denise, esta parece haberse cumplido ya que incluso con el ambiente familiar aun en estado de alerta y con pocas competencias de contención emocional -dos precursores de la configuración de TEPT en niños- (NCTSN, 2005), durante los seguimientos no se identificaron datos clínicos significativos que hablaran sobre la posible composición de un trastorno postraumático más complejo; lo cual nos habla de que las niñas probablemente si fortalecieron algunas competencias socioafectivas que les permitieron mantenerse saludables dentro de un ambiente altamente estresante.

Sobre las diferencias individuales entre hermanas, de acuerdo con la NCTSN (2005) el comportamiento de las niñas y niños frente a eventos traumáticos difiere en función de su temperamento, miedos, características de personalidad y la forma en la que resuelven problemas; pautas que pueden influir directamente en la forma en la que cada niña se recupera frente al trauma. De modo que, en el caso de Martina y Denise, a pesar de poseer características similares de personalidad, sobre todo en la introversión; desde un principio se observó que Martina manifestaba mayores signos de ansiedad, lo cual es una característica usual entre las personas que tienden a reaccionar con más miedo ante los recordatorios del trauma y con una mayor dificultad para tranquilizarse después. Situación que puede haber influido en la recuperación de ambas hermanas.

En relación con las características personales del terapeuta necesarias para la intervención en casos de trauma psicológico infantil hay que considerar que, independientemente de las características necesarias como psicoterapeuta de cualquier tipo de problemática infantil como la capacidad de juego, amabilidad, creatividad, empatía, asertividad, respeto, entre otras; existen factores referentes a la formación y al autocuidado que se deben tomar en cuenta cuando se intenta trabajar en un entorno de desastre natural y con una población previamente traumatizada.

Sobre la formación, resulta crucial la instrucción previa tanto en psicoterapia como en el diagnóstico y tratamiento específico de los trastornos del espectro postraumático, lo que permitirá identificar con mayor soltura manifestaciones clínicas y explorar la sintomatología de forma más precisa e informada. En ese sentido, la terapeuta además de encontrarse cursando la Residencia en Psicoterapia Infantil al momento del trabajo con Martina y Denise, contaba con estudios en trauma psicológico y experiencia laboral previa en proyectos de atención psicosocial en contextos de

desastre; los cuales incidieron directamente en la elaboración e implementación del tratamiento psicoterapéutico que se presenta en el actual trabajo.

Del mismo modo en el que el entrenamiento forma parte de los factores que influyen en el éxito o fracaso de un tratamiento psicológico se encuentra el autocuidado del terapeuta. Que en términos generales se trata de las acciones específicas realizadas por la institución o el propio terapeuta que tienen como objetivo prevenir la aparición de fatiga y síntomas asociados a ésta en los terapeutas que pueden devenir en la configuración de trastornos asociados al desgaste por empatía como el burnout o la traumatización vicaria. De acuerdo con esto al realizar el análisis sesión tras sesión se fue identificando una clara disminución en la ejecución de la terapeuta quien conforme avanzaba el proceso parecía encontrarse cada vez más cansada y distraída dentro de las consultas, lo cual parecía estar asociado a un aumento del trabajo requerido para responder ante las demandas de atención que se presentaron en el centro comunitario, amén del trabajo requerido por se dentro del programa de formación.

Asimismo, al observarse tal patrón, se meditó respecto a la práctica psicoterapéutica, los factores que pudieron haber incidido en tal ejecución, así como las medidas de prevención que pudieran sugerirse para que esto no volviera a ocurrir, generando las siguientes pautas de reflexión. Por un lado se pensó en la importancia de establecer, en términos institucionales, protocolos de acción frente a desastres que contengan pautas y estrategias específicas respecto a: la capacitación previa del personal, al tipo de atención que se proporcionará, quién estará a cargo de la misma, técnicas de evaluación e intervención, límite de casos que se asignará por terapeuta, garantizar el espacio de supervisión, entre otros.

En conclusión, los resultados obtenidos arrojan la presencia de un efecto positivo en las participantes por lo que se puede deducir que la intervención fue efectiva; no obstante, resulta notable comentar que de acuerdo con lo identificado en el sistema familiar durante las sesiones de seguimiento, se considera que en estos casos, de ser posible en el contexto de desastre, podría ser benéfico trabajar algunas sesiones extra de orientación y contención con los padres para fortalecer un poco más las competencias parentales de protección frente a situaciones altamente estresantes. No obstante, la intervención de 10 sesiones parece haber sido suficiente para evitar la configuración de un trastorno postraumático de mayor complejidad pese a la persistencia de la inestabilidad en el sistema y a la presencia de eventos similares en los meses consecutivos. Y aunque en realidad es muy difícil sino es que imposible saber con exactitud qué hubiera ocurrido con Martina y Denise, en términos de la sintomatología que presentaban, si no hubiesen participado en el tratamiento descrito en el presente trabajo; la literatura (APA, 2013) si nos habla del curso y pronóstico de estos trastornos que al no ser atendidos a tiempo siguen un curso que termina por tomar la forma de un trastorno postraumático más complejo.

En cuanto a las limitaciones y sugerencias sobre las que se pensó al realizar el presente trabajo se encuentran las siguientes: en primer lugar se presentó la dificultad para encontrar instrumentos actualizados y validados con población mexicana, motivo por el que se tuvieron que utilizar otros menos actualizados y realizados en otros países. Ante ello, se sugiere realizar periódicamente revisiones aleatorias para mantenerse al tanto de posibles publicaciones de utilidad, o bien, es necesario considerar la elaboración de un instrumento que englobe tales características.

Una segunda limitación fue el hecho de que el diseño de la intervención se planteó en un inicio del tratamiento en función a las necesidades expresadas por las niñas y su madre así como el conocimiento que se tenía sobre ellas hasta ese momento. Se considera una limitación porque a lo largo del proceso e incluso dentro de los seguimientos se continuaron identificando nuevas manifestaciones clínicas relevantes de las cuales no se había tenido registro al momento de iniciar la intervención. Ante esto, se recomienda incluir dentro del protocolo de acción frente a desastres algunos cuestionarios con información básica que permitan obtener mayor información sobre la dinámica familiar y la sintomatología específica que se manifiesta.

La tercera limitación gira alrededor del trabajo en instituciones y la importancia de que éstas se encuentren preparadas previamente para afrontar las demandas que surgen ante eventos inesperados como un desastre natural, con la finalidad de evitar el desgaste por empatía o la fatiga por sobrecarga de trabajo en algunos elementos. Ante esto se sugiere realizar protocolos de acción frente a situaciones emergentes, así como proporcionar capacitación constante a todo el personal respecto al cuidado informado en trauma con la finalidad de sensibilizar a los prestadores de servicios y que conozcan la mejor forma de actuar frente a circunstancias inesperadas; así la carga de trabajo se reparta entre todos los integrantes de la institución.

Finalmente, se sugiere tomar en consideración que la cultura de la prevención es fundamental para mitigar los efectos físicos y psicológicos de un evento traumático a gran escala. Por lo que como parte del trabajo comunitario puede ser útil tener campañas de prevención y concientización en las que se psicoeduque a la población sobre los protocolos de acción comunitarios y se puedan mostrar estrategias de regulación previas al impacto de un desastre con la finalidad de fortalecer sus

estrategias de afrontamiento esperando que puedan echarlas a andar en caso de encontrarse ante un evento traumático.

Conclusiones

“El Espantapájaros, el Leñador y el León agradecieron a la Bruja Buena toda su bondad. Luego exclamó Dorothy: —¡Por cierto eres tan buena como hermosa! Pero todavía no me has dicho cómo puedo regresar a Kansas. —Tus zapatos de plata te llevarán por sobre el desierto —contestó Glinda—. De haber conocido su poder, podrías haber regresado a casa de tu tía Em el mismo día que llegaste a este país.”

Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz” de Lyman Frank Baum

A manera de conclusión, compartiré algunas reflexiones personales respecto a las competencias adquiridas dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil y su incidencia en la elaboración del presente trabajo; así como sobre mi experiencia en el proceso de formación.

De acuerdo con lo establecido en la carta descriptiva del programa, el objetivo general del mismo es formar profesionales competentes en el campo de la psicoterapia infantil, capaces de desempeñarse dentro del diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales infantiles inherentes al desarrollo y/o asociados a algún trastorno psicológico. Debido a lo anterior, se requiere que las y los egresados posean un alto dominio tanto de la teoría como de la práctica clínica psicoterapéutica; y para lograrlo, se emplean diferentes estrategias de enseñanza-aprendizaje como: la práctica supervisada, el trabajo mediante el equipo reflexivo en cámara de Gesell, juntas clínicas, actividades de difusión académica y, por supuesto, clases teóricas, entre otras.

En ese sentido y desde mi punto de vista, para la elaboración de este trabajo hubo dos elementos que resultaron fundamentales en el proceso: las clases y la práctica supervisada. A través de las primeras, conocí los fundamentos teóricos y metodológicos necesarios tanto para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico infantil de manera eficiente y exitosa, como para la elaboración del proyecto de titulación per

se; conocimiento que fue tremendamente fortalecido con la práctica supervisada, momento en el que pude poner en práctica lo aprendido y, de la mano tanto de mi tutora como de mi supervisora, pude trascender mis conocimientos y experiencia profesional previa, en conjunto con lo indicado en la teoría, hacia el trabajo clínico real con las niñas y su familia.

Por otro lado, considero que además de las clases y la supervisión, el trabajo con el equipo reflexivo tanto en las actividades de supervisión, juntas clínicas como en cámara de Gesell fue medular en el desarrollo de mis competencias generales como psicoterapeuta infantil, ya que a través de este pude fortalecer mis habilidades de análisis, autoobservación y autocrítica de una manera tal que no hubiese sido posible lograrla de forma diferente. Particularmente la experiencia en cámara de Gesell, tanto desde el rol de observadora con el equipo clínico como de terapeuta, fue enriquecedora en muchos sentidos, tanto técnicos como teórico-prácticos, profesionales e incluso personales, fungiendo como un gran espejo magnificador de mi actuar dentro del consultorio e impulsándome siempre a continuar puliendo los puntos ciegos dentro de mi práctica clínica desde la humildad, pero sobre todo con base en el amor a mi labor.

Adicionalmente, el tener la oportunidad de participar en actividades de difusión académica tanto internacionales como dentro de México, abrió para mi una ventana de oportunidad y aptitudes a la que desconocía tener acceso antes de vivirla. Mediante estas, descubrí habilidades y sobre todo un gran amor que desconocía poseer hacia la ciencia y la divulgación del conocimiento adquirido, la cual ni siquiera imaginaba que permaneciera latente dentro de mi; siendo este descubrimiento uno de los más grandes regalos que llevo conmigo y atribuyo enteramente a mi paso por la UNAM.

En reflexiones más personales, la experiencia dentro de la residencia representó para mí por un lado un crecimiento sustancial tanto en lo académico y profesional, y por otro, grandes cambios desde lo personal. Debo reconocer que el ingresar a la Residencia en Psicoterapia Infantil es uno de los mayores retos a los que me he podido enfrentar; el cual integra la culminación de sueños arropados a lo largo de años, con un cúmulo de esfuerzos y ofrendas requeridas, que finalmente se han transformado en grandes honores, satisfacciones y aprendizajes; los cuales, permanecerán conmigo durante el resto de mi vida como psicoterapeuta infantil.

Finalmente, considero que mi proceso psicoterapéutico personal fue la piedra angular en la que se cimentó mi proceso de construcción como profesional, sin el cual la mayoría de las experiencias y aprendizajes, no hubieran tenido el mismo eco en mi interior. Valoro profundamente el entendimiento que el mismo me ayudó a elaborar y enfatizo la importancia de contar con un proceso personal como parte de los requisitos mínimos y estrategias de formación de una psicoterapeuta.

*La tía Em acababa de salir de la casa para regar los
repollo cuando levantó la vista y vio a Dorothy que
corría hacia ella.*

*—¡Querida mía! —exclamó, tomándola en sus
brazos y cubriéndola de besos—. ¿De dónde
vienes?*

*—Del País de Oz— contestó Dorothy con
gravedad—. Y aquí está Toto también... Y, ¡oh, tía
Em, cuánto me alegro de estar de nuevo en casa!*

***Fragmento de libro “El Maravilloso Mago de Oz”
de Lyman Frank Baum***

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: El Manual Moderno.
- Andrades, M. (2016). *Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2010 en Chile*. Tesis para optar por el grado de Doctora por la Universidad de Complutense de Madrid.
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & López, C. (2015). *The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for Early Intervention with Children* ©. Recuperado de: <http://emdrresearchfoundation.org/toolkit/igtp-children.pdf>
- Bellak, L., & Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax.
- Briere, J. & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy. A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. SAGE: California.
- Bustos, P. & Rincón, P., & Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual [Preliminary validation of the Child post traumatic stress disorder (PTSD) in child and adolescent victims of sex violence]. *Psykhé*, 12(2), 113-126.
- Cazabat, E. (2002). Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico. En: *Revista de Psicotrauma para Iberoamerica*. Vol. 1 (1)
- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents. Understanding mechanisms of change*. New York: W.W. Norton & Company.
- Cryder, C., Kilmer, R., Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 65–69.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. A harvest book harcourt. Inc.: Orlando.
- Drewes, A. (2011). Integrating play therapy theories into practice. In: *Integrative Play Therapy*. (Ed. Drewes, A, Bratton, S. & Schaefer, C.). Hoboken, New Jersey: John Willey & Sons.
- Ducrocq, F. & Jehel, L. (2014). Trastornos psicotraumáticos. En: *EMC – Tratado de Medicina*. Vol. 18 (3). Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(14\)68151-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(14)68151-4)
- Evans, A., & Coccoma, P. (2014). *Trauma-Informed Care. How neuroscience influences practice*. Routledge Taylor & Francis Group: New York.
- Foa, E., Johnson, K, Feeny, N., & Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Forbes México. (27 de septiembre de 2017). *En México tiembla 42 veces al día*. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/en-mexico-tiembla-42-veces-al-dia/>
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books: New York.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill: México.

- Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C., Bryant, R., Brymer, M., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B., de Jong, J., Layne, M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A., Pynoos, R., Reissman, D., Ruzek, J., Shalev, A., Solomon, Z., Steinberg, A., & Ursano, R. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70 (4), 283 – 315.
- Hopper, E., Bassuk, E., & Olivet, J. (2009). Shelter from the storm: Trauma-Informed Care in homelessness services settings. In: *The Open Health Services and Policy Journal*, (2), 131-151.
- Kitchiner, N., Roberts, N., & Bissori, J. (2006). Eye movement desensitization reprocessing (EMDR). *Mental Health Practice*. 9 (7), 40-44.
- Logie, R. (2014). EMDR: more than just a therapy for PTSD?. *The Psychologist*. 27(7). 512-516.
- Marijanovic, S. (1997). Manual de monstruos caseros. Publicaciones CITEM.
- Marín, C., Guillén, A. & Vergara, S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR). *Clínica y Salud* (27), 101–114.
- National Child Traumatic Stress Network. (2005). *Entendamos el estrés traumático infantil*. Recuperado de <https://www.nctsn.org/resources/entendamos-el-estres-traumatico-infantil>
- National Child Traumatic Stress Network. (2008a). Entendimiento del estrés traumático infantil: Una guía para padres. *Caja de herramientas para educadores para el manejo de trauma infantil*. Recuperado de http://dcfs.nv.gov/uploadedFiles/dcfsvgov/content/Tips/Child_Safety/Una_Guia_Para_Padres.pdf
- National Child Traumatic Stress Network. (2008b). Impacto psicológico y conductual del Trauma: Estudiantes de la escuela primaria. *Caja de herramientas para educadores para el manejo de trauma infantil*. Recuperado de https://www.psdschools.org/sites/default/files/PSD/communications/Programs%20C%20Projects%20and%20Campaigns/Mental%20Health%20Resources/psychological_and_behavioral_impact_of_trauma_elementary_school_sp.pdf
- National Child Traumatic Stress Network. (2018). *Glossary of terms related to trauma-informed, integrated healthcare*. Recuperado de <https://www.nctsn.org/resources/glossary-terms-related-trauma-informed-integrated-healthcare>
- Osorio, C. & Díaz, V. (2012). Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4-(2), 65-84.
- Perry, B. D. (2005). The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In: *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (Ed. Nancy Boyd Webb), The Guilford Press, New York, NY, pp. 27-52
- Perry, B. D. (2006). *The boy who was raised as a Dog*. Basic Books: New York.
- Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. In: *Journal of Loss and Trauma*. (14), 240–255.

- Perry, B. D. (2014). *Estrés, trauma y trastornos de estrés post-traumático en los niños: Una introducción*. Recuperado de https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD_Spanish_sm.pdf
- Planas, E. (s.f.). *Trastorno por estrés postraumático en niños y adolescentes secundario a trauma agudo*. Recuperado de http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_por_estres_postraumatico_en_ninos_y_adolescentes_secundario_a_trauma_agudo.pdf
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=aX94VFT>
- Romero, K. & Ruiz, F. (2015). El trastorno de estrés postraumático en niños preescolares: una revisión literaria. *Katharsis*, 20, 145-168.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. En: *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 16-(3), 261 – 270.
- Saldaña, J. (2014). Trauma, personalidad y resiliencia. Una visión aproximada desde la psicoterapia breve integrada. En: *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 4-(3), 1 – 28.
- Servicio Sismológico Nacional. (2017). *Reporte especial sismo del día 19 de septiembre de 2017*. Recuperado de http://www.ssn.unam.mx/sismicidad/reportes-especiales/2017/SSNMX_rep_esp_20170919_Puebla-Morelos_M71.pdf
- Shapiro, F. (2004). *EMDR Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax.
- Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado. Tomar el control de la vida con el EMDR*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Shawn, J., Espinel, Z., & Schultz, J. (2012). *Care of children exposed to the traumatic effects of disaster*. American Psychiatric Publishing: Washington.
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Books: New York.