



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA  
BREVE CON PADRES DE FAMILIA PARA EL MANEJO DEL  
ESTRÉS AGUDO TRAS UN SISMO**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**PERLA RUBI AGUILAR AGUILAR**

**DIRECTOR:**

**MTRA. LAURA AMADA HERNANDEZ TREJO**

MTRO. SALVADOR CHAVARRIA LUNA

MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ

MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ

MTRA. XÓCHITL BERENICE PADILLA MÁRQUEZ

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx.**

**MARZO, 2020**



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

Primero que nada quiero agradecer especialmente este gran trabajo de sudor, esfuerzo y dedicación a mi padre celestial que es dios el cual me ha permitido llegar a donde estoy y el haber podido culminar este gran trabajo, que sé que sin su ayuda y su bondad no hubiese podido alcanzar. GRACIAS DIOS PADRE por tanta bondad y bendición que me has dado.

También quiero agradecerles muy en especial a mis padres que han sido una gran guía en mi vida y me han enseñado con su amor y paciencia el camino de la vida y han sabido darme todo su apoyo moral para que pudiera culminar mis estudios. Gracias papás por todo su esfuerzo que me han brindado hasta ahora, gracias por sus enseñanzas porque ahora lo que soy, lo soy gracias a ustedes. Son y siempre serán mi mayor admiración por que me han enseñado a luchar por la vida y nunca rendirse a pesar de las circunstancias, son mis maestros de la vida y siempre les viviré agradecida por haber confiado en mí y haberme dado la oportunidad de elegir libremente lo que soy ahora. LOS AMO INFINITAMENTE.

Así mismo quiero agradecer y dedicar este gran trabajo al Amor de mi vida, Manuel Rodríguez Díaz quien le ha dado esa luz de amor, apoyo, comprensión y sobre todo respeto a mi vida. Gracias mi amor por tu bendito amor y siempre estar conmigo en las buenas y en las malas y sobre todo por tus grandes consejos y apoyo que me has dado todo este tiempo y así mismo por los bellos momentos que hemos pasado juntos. Tú me has enseñado a madurar y ser más razonable conmigo misma en total libertad, porque sobre todas las cosas hemos podido lograr salir adelante y porque sabemos que la vida es una oportunidad y hay que salir a delante, dios nos cruzó en el camino y ahora estamos aquí, hagamos que valga la pena. TE AMO MI AMOR.

También quiero hacer un gran reconocimiento muy en especial a la Mtra. Laura Amada, quien fue la guía y un gran apoyo durante todo este tiempo en la elaboración de mi trabajo. Gracias maestra por haber confiado en mí, por sus enseñanzas, su paciencia y motivación que

siempre tuvo hacia a mí y que ha sido fundamental para mi formación profesional. Gracias por haberme ayudado a culminar esta gran meta.

Asimismo quiero agradecer al Lic. Osvaldo Ramírez por haberme apoyado desde un inicio con sus valiosas sugerencias e ideas que fueron los primeros cimientos de este gran proyecto. Infinitamente gracias por haberme orientado y llevar a pasos concretos este gran trabajo de sudor y esfuerzo.

Por último quiero agradecerles a cada uno de mis sinodales por su gran apoyo que tuvieron hacia mí durante este tiempo, gracias por cada uno de sus comentarios que hicieron posible mejorar este gran trabajo, por cada momento que se tomaron para poder revisarlo detalladamente y que ese valioso tiempo haya podido ser fundamental para la finalización de este gran proyecto. Agradezco enormemente su tiempo y dedicación que pudieron brindarme y sus grandes conocimientos ya que sin ellos esto no hubiese podido ser posible.

## ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	7
<b>CAPÍTULO 1. DESASTRES NATURALES</b>	<b>11</b>
1.1 ¿Qué es un desastre natural?	11
1.2 Tipos de desastres naturales	14
1.2.1 Concepto y Afectaciones de Sismos y Terremotos	17
1.3 Rol del psicólogo ante un desastre natural	19
1.3.1 Rol del psicólogo ante los sismos o terremotos (1985- 2017).	24
1.3.2 Tipos de Intervenciones Psicológicas ante un Desastre Natural	26
<b>CAPITULO 2. ESTRÉS</b>	<b>30</b>
2.1 Antecedentes	30
2.2 Definición de Estrés	32
2.3 Tipos de estrés	35
2.3.1 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	37
2.3.2 Trastorno de Estrés Agudo (TEA)	41
2.4 Estrés en la infancia	45
2.5 Estrés ante Desastres Naturales	47
<b>CAPITULO 3. TERAPIA SISTÉMICA BREVE</b>	<b>50</b>
3.1 Antecedentes Históricos	50
3.2 Conceptos Históricos	53
3.3 Técnicas de Terapia Breve	58
3.3.1 Técnica Narrativa	60
<b>CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>67</b>
4.1 Programación	67
4.2 Participantes	67
4.3 Escenario	67
4.4 Instrumentos	67
4.5 Procedimiento	68
4.6 Cartas descriptivas	71

ALCANCE Y LIMITACIONES	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo una intervención desde la terapia breve con padres de familia para que mediante el trabajo grupal reflexionen, disminuyan y manejen el estrés agudo presentado tras un sismo. Ya que este acontecimiento catastrófico afecta emocionalmente a quienes lo viven provocándoles una red de emociones negativas tales como miedo, irritabilidad, tensión, angustia, desesperación, tristeza, entre otros. Es por ello que se hace esta propuesta para la atención a padres o madres de familia para atender las crisis emocionales que este evento les generó y con ello puedan adquirir un estado de conciencia y de conocimiento de sus emociones y puedan fomentar un estilo de vida óptimo en sus relaciones sociales y familiares.

La selección de los participantes para la intervención, se dará a través de una prueba de medición de estrés, la cual consta de 14 ítems basados en los criterios del DSM 5 (2013) del trastorno de Estrés Agudo. Esto permitirá darles atención a través de la terapia breve utilizando la técnica narrativa y en conjunto trabajar actividades de regulación emocional donde, los participantes aprenderán a identificar sus emociones y ser empáticos con ellas. Para poder tener una mejor funcionalidad y equilibrio ante una situación de estrés.

Palabras clave: terapia breve, atención en crisis, intervención con padres, desastre natural.

## Introducción

México, es una zona sísmica, comúnmente se presentan estos fenómenos naturales (sismos), los cuáles afectan considerablemente a la mayoría de los individuos en su vida personal, familiar, social y psicoemocional. Los desastres generalmente son fenómenos que desarrollan crisis de estrés colectivo en las personas, por lo que son factores amenazantes.

Uno de los sismos de mayor destrucción y verdaderamente catastrófico en México, según la OMS (2017), fue el sismo del 19 de septiembre de 1985, el cual produjo la muerte de alrededor de 9500 personas y de 300000 heridos. La situación fue muy lamentable para la sociedad en general detonando situaciones de crisis emocionales en la población afectada.

Después de 32 años, vuelve a presentarse un sismo, que causa mucha afectación física, emocional y de salud en toda la comunidad mexicana. Este sismo ocurrió el 19 de septiembre del año 2017, y de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), 559 personas perdieron la vida, hubo 1200 personas heridas, y más de 2500 personas damnificadas, y provocó un 52% en afectaciones de infraestructura pública.

Tras este acontecimiento traumático las personas manifestaron crisis emocionales que les generaron un nivel de estrés altamente preocupante, en estos casos los individuos tienden a tener un estado de ánimo negativo, suelen recordar de manera angustiosa y temerosa tal evento, viven de manera muy alerta, hay incapacidad de manifestar emociones positivas, alteración del sueño, comportamiento irritable, hipervigilancia, problemas de concentración y respuestas de sobresalto entre otras.

Debido al riesgo de exposición que presentan los individuos ante situaciones de desastre y emergencias, es importante tratar los aspectos psicoemocionales que estos podrían generar en quienes lo viven. Aunque la intensidad y probabilidad de algunos sucesos permanece constante, el aumento de la población, el desarrollo económico, urbano y de las infraestructuras, hace que las consecuencias de estos acontecimientos sean potencialmente de mayor complejidad (Parrada, 2008).

Para hacer frente a las amenazas de estas situaciones y reducir el impacto del estrés es necesario considerar los factores asociados como la vulnerabilidad de las personas y aquellos que pueden promover una respuesta adaptativa.

En este sentido, este trabajo pretende ofrecer una alternativa para poder tratar las respuestas de estrés agudo que manifiestan los individuos tras un evento traumático. Es por ello que en el capítulo 1 se define conceptualmente los desastres naturales, los tipos de desastre que existen a nivel geológico y meteorológico, las afectaciones que han desarrollado en especial los sismos en los últimos años a México a nivel emocional a la población produciéndoles una vulnerabilidad en sus emociones, denotándoles crisis de estrés, angustia, miedo, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño etc. También se resalta el papel que ejerce un psicólogo para disminuir los grados de estrés que se generan tras estos acontecimientos en las personas afectadas, mostrando un programa que utilizan antes, durante y después de una situación catastrófica de emergencia y con ello puedan confrontar y disminuir las crisis emocionales en los sobrevivientes, promoviéndoles apoyo para generar en ellos seguridad, confianza ante un nuevo acontecimiento, creando un ambiente de protección y asistencia, promoviendo así un clima de confianza en la persona o grupo de personas, y regular las reacciones psicológicas negativas que se presenten en ellos.

Los conceptos, tipos y manifestaciones sobre estrés se encuentran en el capítulo 2, mostrando su etiología y criterios diagnósticos que ayudan a identificar si una

persona está padeciendo un trastorno de estrés postraumático o de estrés agudo, determinando el tiempo en el que se desenvuelven cada síntoma.

Es importante identificar el nivel de estrés presentado en las personas afectadas, para distinguir los diferentes grados de tensión según Selye (1926), citado por Dolan (2004). Del cual se deben tomar en cuenta las características y duración de cada síntoma que presentan y los efectos que generan. Dado que tras la vivencia de un desastre natural los individuos suelen desarrollar estados depresivos y ansiosos con cuadros de estrés agudo y pos-traumático.

En el capítulo 3 se detalla el fundamento teórico de la intervención, revisando los conceptos teóricos de la terapia breve, señalando el surgimiento de ella y el objetivo que tiene al trabajar con este método, diferenciándolo de otros métodos existentes tales como; el conductual, cognitivo, humanista y sistémico. Resumiendo que este modelo psicoanalítico se enfoca en la comprensión del comportamiento humano a diferencia de otros métodos, donde resulta un método favorable para trabajar en casos de urgencia y generar cambios ante un desorden emocional en las personas utilizándose como un mediador hacia un cambio en los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas. Y ante este proceso de cambio se redacta la ventaja de utilizar dentro de este método la técnica narrativa, como estrategia terapéutica para emplearse en tratamiento psicológico de las personas, ya que esta técnica ayuda a provocar un cambio, creando un estado de conciencia más flexible ante cualquier problemática, denotando un contexto más racional de dialogo para transformar la vida de las personas afectadas, mostrando en ellas un estado de conciencia más óptimo de sus actitudes y que ellos mismos puedan confrontar sus problemas.

En el último capítulo, se propone una intervención para padres y/o madres de familia que hayan presentado estrés agudo tras un desastre natural, el cual se evaluará mediante la escala de estrés percibida (Gonzales y Landero, 2017). La propuesta de intervención se enfoca en enseñar a los asistentes reducir sus niveles

de estrés desarrollados tras tal evento, así como percibir y regular sus emociones y aprender a ser empáticos con ellas. Para que en una nueva circunstancia de conflicto emocional, puedan detectar y tengan una mejor funcionalidad y equilibrio de sus emociones y sepan contrarrestar cualquier situación de índole negativa.

## CAPÍTULO 1. DESASTRES NATURALES

### 1.1 ¿Qué es un desastre natural?

Etimológicamente la palabra desastre proviene del latín *des* (negativo, desafortunado) y *astre* (astro, estrella), desgracia derivada de los astros o dioses más allá del control humano (Diccionario de la Universidad de Jaume I, 2007).

Fritz (1991, citado por Aliaga 2001), define al desastre natural como:

*“Un evento, concentrado en el tiempo y espacio, en el que una sociedad, o subdivisión de esa sociedad relativamente autosuficiente, sufre un daño severo e incurre en tales pérdidas personales y materiales que se rompe la estructura social y se impide el cumplimiento de todas o de algunas de las funciones” (Fritz, 1991, p. 112).*

De manera pragmática, el autor hace referencia a que las consecuencias del desastre natural, pérdidas personales y materiales afectan la estructura social o parte de ella. No se detiene en observar y analizar la capacidad de respuesta, ante tal fenómeno, de la sociedad o individuos. Pareciera sólo describir una relación causa efecto, es decir causa (desastre natural) es igual a efecto (rompimiento de la estructura social).

Un tanto más crítico Quarantelli (1995; citado por Aliaga , 2001), sostiene que en el contexto de “desastre natural” comienza a tomar un lugar preponderante, cuando el fenómeno rebasa la capacidad de respuesta del sistema.

Considerando estas dos opiniones respecto al concepto de “Desastre Natural” Cortes Jauregui (2001; citado por Aliaga, 2001), plantea que un desastre está muy

ligado a los conceptos de riesgo, amenaza y vulnerabilidad y refiere el término desastre como:

*Una situación extraordinariamente causada por un fenómeno de origen natural, socio-natural o antrópico (la amenaza expresada en un evento real) que significa alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, excediendo la capacidad de respuesta. Es el resultado de un riesgo no manejado, y como tal entra a la ecuación añadiendo un flecha entre la R (riesgo) y una D de desastre:  $A$  (amenaza)  $\times$   $V$  (vulnerabilidad) =  $R$  (riesgo) –  $D$  (desastre). (Cortes, 2001, p. 83).*

Llama la atención, la expresión de este autor “alteraciones Intensas en las personas” es decir, ante los efectos de un desastre natural las personas muestran o exhiben una serie de reacciones tipificadas por el autor como “alteraciones” entre las cuales pudiera ubicarse manifestaciones de estrés.

Paralelamente resulta interesante el hecho de que el desastre es el resultado de un riesgo no manejado y éste genera una amenaza y coloca a los grupos humanos o sociedades en condiciones de vulnerabilidad. ¿Qué representa o, a que equivale un “riesgo no manejado”? la reciente experiencia en nuestro país (sismo del 19 de septiembre de 2017), demostró en la lógica de esta reflexión que aún en el conocimiento de que nuestra nación se encuentra en una zona sísmica, no se toman o no se han tomado medidas de diverso orden que pudieran disminuir los efectos de un “Desastre Natural”. En virtud de ello esas mismas alteraciones intensas en las personas de las cuales habla este autor, encuentran contexto de explicación, dado que la conciencia o no, ante una situación de riesgo provoca este tipo de alteraciones intensas y tal vez otras de diversa índole.

De las contribuciones de los tres autores citados en relación al concepto de “Desastre Natural”, cabe concluir que; los desastres naturales impactan la dinámica social de los grupos humanos, que ante tales eventos las personas o individuos

reaccionan de diversas maneras, incluido en ello las demandas a un sistema que puede mostrar incapacidad para resolver la situación de emergencia que genera un fenómeno de esta naturaleza. Las variables “Riesgo, Amenaza y Vulnerabilidad”, en el contexto de un desastre natural, desencadenan reacciones de diversa índole en las personas, surgidas estas del impacto que el desastre natural provoca en las diferentes áreas de sus vidas, material, familiar, laboral. No escapa a este orden de ideas que entre dichas reacciones se encuentren ciertos tipos de estrés (Jarero & Artigas, 2013).

De tal modo, este mismo autor refiere que las afectaciones sociales a las que se expone la población ante un desastre natural rebasa la capacidad del sistema, mostrando la capacidad de respuesta para que los individuos puedan sobreponerse a las circunstancias adversas. Que si bien, un desastre natural puede generar alteraciones intensas en las personas o también generar conductas y acciones que pueden encuadrarse como resilientes, si asumimos que la resiliencia es la capacidad que muestran los individuos o grupos humanos para sobreponerse a una situación adversa y eso incluye a los desastres naturales.

Coincidiendo en el sentido de que todos los desastres naturales son únicos, dado que afectan diversas zonas con grado distinto de vulnerabilidad, además de diferentes condiciones socioeconómicas. Es evidente que los sismos con sus impactos físicos provocan en la población afectaciones físicas y psicológicas. En esta perspectiva, la asistencia humanitaria tendría que enfocarse a estos dos aspectos y no únicamente a la reparación material de la infraestructura de servicios de la población (Jarero, 2011).

Por otra parte, este mismo autor señala que la distinción de rasgos comunes en los desastres naturales sugiere la implementación de alternativas de asistencia igualmente comunes, sin embargo, debe considerarse que las diferencias

geográficas y las características de la población de las zonas en donde se da un desastre natural pueden influir y hacer que dichos esquemas varíen.

La relación entre desastre natural y procesos salud enfermedad, entraña una serie de situaciones que es necesario precisar. Ciertos efectos de los desastres suponen un riesgo potencial; los desplazamientos de población así como impactos en el medio ambiente pueden incrementar el riesgo de transmisión de enfermedades. Bien es cierto que las epidemias no se deben a desastres naturales pero una errática atención de los aspectos que se mencionan en el contexto posterior al desastre natural, pueden estimular su desarrollo (Jarero & Artigas, 2013).

De esta misma forma los riesgos sanitarios así como las enfermedades transmisibles tienen una evolución muy particular en el contexto posterior al desastre natural, sin embargo como se viene sosteniendo, su aparición y efectos pueden deberse a una limitada asistencia humanitaria, lo cual se refleja invariablemente en la población afectada generando reacciones y manifestaciones de diversa índole incluidas las psicológicas.

Ante estas similitudes, Jarero, Amaya y Miranda (2013), muestran que la gestión humanitaria en salud se basa en anticipar e identificar los problemas a medida que surgen y en los lugares donde son necesarios. Para ello, es importante señalar los distintos tipos de desastres naturales que habitualmente se presentan en nuestro planeta para conocer su descripción geológica de cada uno de ellos.

## **1.2 Tipos de desastres naturales**

Cuando hacemos referencia a los tipos de desastres naturales, es importante señalar que no todos presentan las mismas consecuencias de escala individual y

social. Estas diferencias se derivan de las características del propio acontecimiento y de las diferentes clasificaciones y categorías de desastres que existen y en la forma en que se desarrolla su etiología, cualidades y curso (Vidal, 2006).

Según el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas “IANIGLA CONICET” (2006), los desastres naturales se manifiestan en 2 distintos tipos de origen tales como meteorológico y geológico.

De Origen meteorológico: por ejemplo; inundaciones, huracanes, tormentas tropicales, tornados, granizadas, tormentas de nieve y trombas. Todas ellas se relacionan con el agua y viento.

De origen geológico: por ejemplo; terremotos, desplazamientos o fenómenos de remoción de masa y erupciones volcánicas. Relacionadas al movimiento de la corteza terrestre y su dinámica con las partes internas de la tierra.

De igual manera existen otros tipos de desastre de acuerdo a García, Beltrá y Valero (2007), que abarcan la participación del ser humano para que esto conlleve a una catástrofe ambiental (Véase tabla 1).

**Tabla 1. Clasificación de los desastres**

<b>Origen</b>	<b>Natural</b>	<b>Provocados por el hombre</b>
<b>Tierra</b>	Avalancha, terremotos, erosiones, erupciones y depósitos minerales tóxicos.	Irresponsabilidades ecológicas, accidentes de tráfico masivo, negligencias ecológicas, Lluvia radioactiva y contaminación.
<b>Aire</b>	Ventiscas, ciclones, huracanes, meteoritos, cambios de temperatura y tornados.	Accidentes de avión, secuestros, lluvia acida, accidentes espaciales y contaminación.
<b>Fuego</b>	Incendios y relámpagos	Fuegos intencionados.
<b>Agua</b>	Sequía, inundaciones, tormentas y tsunamis.	Accidentes marítimos.
<b>Humanos</b>	Plagas, epidemias, hambruna, sobrepoblación, terrorismo, tortura y accidentes en plantas nucleares.	Conflictos civiles, guerras, rehenes y violencia.

Fuente: Adaptado de García, R., Beltra, G., & Valero, (2007). *Psicología y Desastres; Aspectos psicosociales. Castello de la plana*. Publicaciones de la Universidad Jaume I. DL 2007. (p. 124).

Resumiendo e independientemente de los tipos y características de los desastres naturales; en la actualidad existe una intervención consciente o inconsciente de las sociedades para que estos sucedan y esto se debe a la participación de los individuos tras el nivel de conciencia a nivel ecológico que manifiestan en su entorno o comunidad.

El llamado calentamiento global es ubicado como el factor que denota en el corto, mediano y largo plazo, fenómenos como los que se han citado. Es lógico observar que estos desastres impactan la vida cotidiana de las personas. El grado de afectación en ellas puede determinar la aparición de procesos que tiene que ver con

su salud, física y psicológica. En este enfoque, la atención humanitaria a la población afectada, está llamada a ir más allá de la reconstrucción material. Las afectaciones psicológicas en esta materia, no pueden estar a discusión y demandan su atención particular.

Por ello es importante mencionar las consecuencias generadas que denotan los sismos o terremotos, que dicha de otra manera son acontecimientos que afectan considerablemente a toda la humanidad en sentido emocional, de salud y la infraestructura de la vivienda.

### **1.2.1 Concepto y Afectaciones de Sismos y Terremotos**

Un terremoto o sismo es un movimiento o vibración repentina causada por la relajación brusca y súbita de energía, acumulada por deformación de la Litosfera, que se propaga en forma de ondas sísmicas. Es por tanto un fenómeno transitorio. La mayoría de los terremotos son de origen tectónico, dado a que la fricción en las fallas es a menudo inestable, ocurren desplazamientos muy rápidos como una ruptura que se propaga dinámicamente sobre la superficie de la falla, estos movimientos generan ondas sísmicas y estas, al llegar a la superficie, provocan las sacudidas sísmicas del terreno (Udías, 2007; citado por Vidal, 2006).

De tal manera este mismo autor señala que los terremotos o sismos se presentan de forma instantánea y sacuden a la vez una gran área provocando daños serios; esto hace que sean uno de los fenómenos naturales más destructores y temidos. Sus consecuencias sobre las personas y su actividad pueden ser directas e indirectas. Directamente provocan pérdida de vidas, heridos, destrucción de viviendas de instalaciones públicas e industriales, etc. Y de forma indirecta provoca deslizamientos, fuegos, inundaciones, tsunamis, epidemias y la ruina económica de una región.

Los tipos de efecto y peligro de un terremoto o sismo son asociados a la vibración o sacudida que estos generan en el planeta donde existe; compactación, hundimientos, licuefacción, deslizamientos, asentamientos, agrietamientos, tsunamis, balanceo, etc. Todo ello a consecuencia de la ruptura de las rocas tectónicas. Todos estos fenómenos pueden producir daños y pérdidas que pueden ser estimados (con métodos probabilísticos o deterministas), para disminuir sus consecuencias y efectos que estos generan en la vida de las personas (Udías & Mezcuca 2007; citado por Vidal, 2006).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2017), el tamaño de destrucción que puede ocasionar un terremoto o sismo es verdaderamente catastrófico, esto debido a la magnitud a la que se presente. Alguna de las afectaciones de mayor magnitud que ha alcanzado un sismo en los últimos años fue el 27 de julio de 1976 China que resultó en alrededor de 650 000 muertos y 80 000 heridos aproximadamente, ahora bien en el sismo del 19 de septiembre de 1985 en México provocó la pérdida de 9 500 personas y 300 000 heridos, donde hubo pérdidas de hasta 5 billones de dólares de infraestructura.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), los sismos presentados del 7 y 19 de Septiembre de 2017, afectaron considerablemente a ocho entidades federativas: Chiapas, Guerrero, Ciudad de México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Edo. De México y Tlaxcala. Teniendo un 52% de afectaciones a la infraestructura pública, así como al de las familias y empresas. Este desastre natural según la INEGI arrojó alrededor de 559 muertos y 1 200 personas heridas y más de 2 500 personas damnificadas en total, en dichas entidades afectadas.

Ante estas adversidades es de mucha importancia tomar medidas preventivas adecuadas ante terremotos o sismos, debido al impacto que estos generan en la vida de las personas y del entorno que los rodea, ya que el peligro sísmico de la

región puede aumentar la vulnerabilidad de las personas, por no actuar adecuadamente durante las crisis sísmicas.

### **1.3 Rol del psicólogo ante un desastre natural**

El psicólogo en una situación de emergencia ante un desastre natural debe realizar varias tareas de acuerdo al tipo de intervención (Vera, 2001). Las principales funciones son: prevenir, planificar, intervenir y rehabilitar (Losada, 2006).

Prevenir: diseñan e implementan programas de prevención primaria dirigidos fundamentalmente a dos colectivos; la población y los grupos de intervención. Elaboran programas de información hacia la población sobre los distintos riesgos que pueden existir, los planes de emergencia y las medidas de autoprotección. Finalmente realizan un diagnóstico sobre las necesidades de las personas y su comunidad para tener una mejor intervención.

Planificar: Tienen la necesidad de incluir en los planes de emergencia a un grupo de intervención psicosocial, así como establecer los procedimientos operativos para dar una respuesta, rápida y coordinada a las necesidades que requiere un desastre.

Intervención: En la intervención estratégica deberá realizar la coordinación del equipo psicosocial, encargándose de la distribución de tareas y recursos, la detección de necesidades, redistribución y el establecimiento de un dispositivo de seguimiento. También deberá llevar a cabo el asesoramiento a gestores de emergencia e instituciones sobre directrices que pueden disminuir el impacto psicológico negativo, a través de la recepción de familiares, la identificación de cadáveres, la comunicación de malas noticias y listado de personas fallecidas. Y en relación a los medios de comunicación social, deberá establecer protocolos de información útil. De igual forma, deberá realizar intervenciones psicológicas con los afectados y familiares durante la intervención en el momento del desastre realizando

actividades como; recogida de datos sobre las relaciones observables de las personas afectadas, la observación de comportamientos individuales tratando de detectar y evaluar necesidades de intervención, realización del primer contacto psicológico entrevistas con víctimas y familiares, evaluación preventiva y gestión de grupos de riesgo, atención a la salud mental a largo plazo, organización de centros de recepción e información, ayudar en el inicio de la elaboración del duelo, realizar intervenciones con familiares en crisis (Losada, 2004).

Entre las técnicas de intervención psicológica puede mencionarse los primeros auxilios psicológicos, la terapia de juego para niños en escuelas, albergues o centros comunitarios, manejo psicológico del duelo, técnicas de Debriefing, técnicas de afrontamiento del estrés para la prevención del síndrome de Burn out, terapia y dinámica de grupos para adultos en refugios y albergues, técnicas de intervención comunitaria orientadas a la recuperación de redes y estrategias psicosociales para la neutralización del rumor y el manejo de la comunicación de manera eficiente (Valero, 2009).

En relación a las intervenciones con los intervinientes, con el fin de minimizar los efectos del estrés en estos grupos, será necesario que existan periodos de descanso rotación del escenario de trabajo, oportunidad para conversar con compañeros acerca de sus sentimientos, apoyo psicológico individual, y cobertura de necesidades básicas como contar con ropa seca, comida caliente y lugar de descanso (Vera, 2001).

En cuanto a la atención psicológica a los profesionales, Peñate (2005, citado por Villalobos, 2009), menciona la importancia de brindar recursos y técnicas para afrontar situaciones estresantes y prevenir el desgaste o Burn Out. Para ello, hay que trabajar aspectos como enseñar a manejar el estrés, utilizar la técnica del desahogo psicológico o Debriefing. Las técnicas utilizadas son la inoculación de estrés, la relajación y respiración profunda, reestructuración cognitiva, el desarrollo

de habilidades sociales y de hábitos sociales saludables. Durante el momento post catástrofe, el psicólogo es el encargado de promover o brindar apoyo psicológico y seguimiento de los grupos de intervención, realizar intervenciones preventivas o terapéuticas con los afectados y sus familiares con terapia cognitiva conductual, ejercicios de relajación o terapia familiar. Es quien elabora informes técnicos que posibiliten la puesta en común de experiencias vividas, participa en foros de debate científicos vinculados a aspectos psicológicos en situaciones de desastre y realiza seguimiento de las víctimas y de los grupos de riesgo afectados por este fenómeno (Losada, 2006).

Meichenbaun (1994; citado por Pineda & López ,2010), expone un esquema de orientación de intervenciones posteriores al desastre y destaca algunas intervenciones que deben basarse en múltiples acciones, y estas deben estar dirigidas a múltiples niveles: individuales, grupales y sociales, que orienten la jerarquía de necesidades básicas y por último la autoestima y autocontrol.

El desempeño psicológico tiene objetivos generales tales como, realizar una intervención psicológica inmediata en la situación de catástrofe y realizar un seguimiento psicológico de los afectados luego del fenómeno, para prevenir la posible aparición de un Trastorno de Estrés Postraumático. Bajo estas circunstancias las necesidades de atención psicosocial son muy altas como consecuencia del estrés al que la población se encuentra sometida y a los traumas de grupos con mayor vulnerabilidad (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

El psicólogo deberá diagnosticar el impacto emocional que viven las personas afectadas por un desastre natural, aplicar los recursos terapéuticos que estime conveniente, con el propósito de contribuir o restituir las capacidades individuales en las personas; con ello también contribuir a generar conciencia en ellas como impulsarlas a distinguir las ventajas y desventajas de habitar en zonas de riesgo o

en su caso orientarlos a implementar mecanismos y planes de protección y salvamento (Vera, 2001).

La inclusión de equipos profesionales como psiquiatras, psicólogos y terapeutas en esquemas y estrategias de ayuda humanitaria en zonas impactadas por desastres naturales, debe ser una constante pues su papel operativo no puede ser soslayado (Parrada, 2008). El psicólogo de esta manera da a conocer a las personas sus vulnerabilidades y la forma de cómo reducirlas, para que con ello manifiesten una actitud de alerta positiva ante una situación de peligro y disminuya la incidencia de reacciones negativas (Losada, 2006).

Gutiérrez y Sarmiento (2001), sostienen que la labor del psicólogo ante una situación de desastre representa diferentes tipos de intervenciones; durante, antes y posterior a un desastre.

#### Antes del desastre:

- Investigaciones sobre aspectos psicosociales en diferentes situaciones de emergencia ocurridas.
- Estudios de necesidades sobre intervención psicológicas en catástrofes.
- Elaboración y concretización de programas de información a la población sobre los distintos riesgos, planes de información y medidas de autoprotección, es decir fomentar la cultura preventiva.
- Ejercicios y simulacros.
- Programas de autoprotección en el ámbito escolar.
- Programas dirigidos a los grupos de intervención como bomberos, policías, etc., de preparación para situaciones críticas y prevención del estrés, tanto desde el punto de vista de autoprotección como del apoyo psicológico a las víctimas.

- Programas formativos dirigidos a los psicólogos de catástrofes basados en el perfil profesional, con el objetivo de tener una red de psicólogos con una formación homogénea y un modelo de intervención común.
- Incluir en planes de emergencia a grupo de intervención psicosocial.
- Establecer procedimientos operativos para dar una respuesta rápida y coordinada a las necesidades psicosociales en los desastres en distintos ámbitos de intervención social.

#### Durante el desastre:

- Intervención psicológica inmediata.
- Intervención estratégica que implica asesoramiento a instituciones, evaluaciones de necesidades, coordinación del equipo, relación con los medios de comunicación.
- Intervención con afectados y familiares.
- Intervención con los grupos de intervención, asesoramiento sobre medidas de autoprotección (turnos, descanso, ventilación emocional).

#### Después del desastre

- Asesoramiento psicológico, psicoterapia a los afectados y grupos de intervención que lo requiera.
- Analizar la sintomatología en el transcurso del tiempo e identificar reacciones retardadas.

Como se puede inferir el rol que manifiesta un psicólogo ante situaciones catastróficas que desenvuelven pautas de crisis emocional en las personas es verdaderamente importante y necesario para confrontar y disminuir el estrés de crisis generado ante esas adversidades y con ello poder enfrentar las vivencias expuestas de un peligro manifestado.

### **1.3.1 Rol del psicólogo ante los sismos o terremotos (1985- 2017).**

La participación de los profesionistas del área psicológica ante un desastre natural es de suma importancia, algunos de los diferentes aspectos que debe tener un psicólogo ante un acto de emergencia se presnetan a continuación (Beltran, 2007; citado por Galindo 2010)

- Aptitudes sociales
- Técnicas de comunicación
- Conocimientos sobre comportamientos colectivos
- Conocimientos técnicos de intervención en emergencias

El rol de un psicólogo es dar a conocer a las personas afectadas sus estados vulnerables y examinar el impacto psicoemocional provocado ante un desastre, y de esta manera crear un ambiente de protección y confianza en ellos, para regular las reacciones psicológicas negativas que presentan.

La participación de los psicólogos ante estas adversidades es de vital importancia para el desarrollo emocional de las personas ante una crisis emocional. El sismo sucedido el 19 de septiembre del año de 1985, arrojó miles de pérdidas humanas, heridos, destrucción de viviendas y edificios, causando un shock emocional terrible en casi toda la población que presenció dicho acontecimiento; la magnitud de rescate emocional fue muy elevada y se brindó apoyo psicológico individual a alrededor de 4565 personas y 3575 personas en grupo. Entre el grupo de ayuda se constituyó un comité de auxilio que se dividió en tres comisiones: información, evaluación y asesoría psicológica (OMS, 2017).

Primeramente se localizaron albergues, para poder diagnosticar y evaluar las necesidades de las personas y de esta manera recopilar información. También se formaron equipos de trabajo donde hubo participación de médicos, bomberos, rescatistas, protección civil, psicólogos, brigadistas, entre otros; que se encargaban

de elaborar diversos materiales de evaluación para guiar el trabajo en los albergues y de esta manera tener un mejor control de las necesidades de las personas. Las evaluaciones correspondieron a identificar la población meta, evaluación de la organización del albergue, evaluación de condiciones físicas, evaluación de problemas de conducta y emociones así como evaluación de expectativas y necesidades de la población. El equipo de trabajo ante estas evaluaciones recopilaba información mediante registros existentes y observaciones propias a través de entrevistas con los encargados del albergue y los damnificados. La información recopilada, servía para normalizar las acciones de la brigada de trabajo (OMS, 2017).

El Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM impulsó la asesoría psicológica con las personas afectadas para trabajar autosugestión, terapia de crisis de forma individual y grupal, actividades terapéuticas recreativas con niños y adultos, actividades educativas e informativas en escuelas e información profesional ante una catástrofe. Ante este acontecimiento se desarrolló un apoyo favorable y profesional para trabajar la crisis emocional presentada por las personas afectadas (OMS, 2017).

En el 2017 el país vivió otro sismo, donde la Universidad Nacional Autónoma de México brindó apoyo psicológico para todas aquellas personas afectadas durante el sismo de 7.1 grados que cimbró a la Cd. de México el pasado 19 de septiembre del mismo año y organizó la salida de al menos 85 brigadas de atención psicológica dentro y fuera de la Cd. de México para dar apoyo a todas aquellas personas afectadas (OMS, 2017).

Además el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED, 2017), capacitó alrededor de 750 arquitectos e ingenieros para realizar valoraciones en los inmuebles afectados de la Ciudad de México y sus alrededores. También se abrieron varios centros de acopio, ubicados en diferentes puntos de la Ciudad de México como en otros estados para con ello ofrecer a todas aquellas personas afectadas insumos de víveres, higiene personal y limpieza.

La participación de los psicólogos como de otros profesionistas ante un desastre natural de tal magnitud siempre es importante para poder dar apoyo a todos los afectados que viven y presencian tal suceso, y de igual manera trabajar las crisis emocionales de estrés que emergen en cada persona para evitar afectaciones psicológicas posteriores.

### **1.3.2 Tipos de Intervenciones Psicológicas ante un Desastre Natural**

A lo largo de la historia el mundo ha experimentado la fuerza de la naturaleza y la magnitud de los desastres que causan los repentinos cambios ambientales no solamente afectando la situación económica, social y física de las personas si no su estado psicoemocional, tras un evento inesperado, donde comúnmente hay pérdidas humanas, materiales y daños en la salud mental (García, Beltra & Martinez, 2007).

Las crisis, son un estado temporal de trastorno y desorganización en el que la situación desborda la capacidad de afrontamiento ante un evento traumático, del cual existe una mala percepción e incapacidad de autocontrol (Yanes, 2009).

Figuroa, Marín y Gonzáles (2010), mencionan que no necesariamente todas la víctimas que han sido expuestas a un evento traumático como un desastre, pueden sufrir patologías, siempre y cuando se le de atención inmediata de apoyo psicológico y una intervención para disminuir el estrés traumático presentado tras el impacto del desastre. Los síntomas que comúnmente prevalecen durante tal acontecimiento son: la ansiedad, estrés y en dado caso depresión. Y son originados debido a las pérdidas de vida, materiales y personas desaparecidas, etc; que suelen presentarse tras dicho acontecimiento.

Debido a que los efectos de los desastres son tan múltiples como sus causas, y estas pueden servir de instigador para mejorar los estados psicoemocionales de las personas, se se muestran a continuación varios tipos de intervenciones psicológicas para disminuir los cuadros de ansiedad y estrés en las personas que han sido víctimas de un desastre:

Pereira (2005; citado por Figueroa, Marín., & González, 2010) propone un modelo de intervención de 3 momentos para disminuir el estrés presentado tras un desastre y lo lleva a cabo de la siguiente manera:

- 1) Restauración del dominio y funcionamiento cognitivo de las emociones.
- 2) Restauración del funcionamiento de las instituciones sociales y comunitarias.
- 3) Facilitar el reconocimiento cognitivo de lo que acontece.

Rodríguez & Terry (2006; citados por Figueroa et al. ,2010) Con base en una experiencia que tuvo durante un sismo ocurrido en los años 90's, propone el siguiente modelo:

1. Gestión del riesgo que incluye atención en salud a las personas y atención en salud al medio ambiente.
2. Fase de sostenibilidad en salud física, social y mental.
3. Fase de estabilización en la que se decide como continuar con las acciones de atención y reconstrucción.

Figueroa, Marín., & González (2010) desarrollaron otro de los modelos que se utilizan como intervención tras un desastre o posdesastre que consta de 5 niveles de atención para el manejo y disminución de un episodio postraumático, y lo difieren de la siguiente manera:

1. Difusión; consiste en poner conocimiento de la comunidad afectada a la disposición del servicio de atención psicológica.
2. Apoyo social; es la identificación de las personas que están en riesgo de desarrollar alguna psicopatología y remitirlos a la unidad médica psiquiátrica.
3. Manejo médico general; se estabiliza los síntomas psicológicos invalidantes y se realiza un diagnóstico psicológico o psiquiátrico y se remite a una clínica si es necesario.
4. Manejo psiquiátrico general; se profundiza en la intervención psiquiátrica y se realiza a manos de expertos, las técnicas más utilizadas para este nivel son las cognitivo – conductual.
5. Manejo psiquiátrico por expertos; se incluye la administración de fármacos inhibidores.

Por último, Reyes (2012; citado por Figueroa et al., 2010) propone 5 tipos de intervenciones para la atención en desastres.

1. Como primer punto, se debe trabajar, la atención en crisis centrada para mitigar el estrés emocional, vincular a los sobrevivientes con los recursos disponibles en la comunidad y ayudar en la creación de un plan de recuperación a corto plazo en el que se aseguren las necesidades básicas para procurar un bienestar futuro en las personas.
2. La psicoeducación, se utiliza como herramienta de prevención para el actuar después de un desastre y se propone preparar a las poblaciones en riesgo para afrontar los desastres de manera asertiva, clara y eficaz; esta preparación se dirige a los líderes comunitarios y se difunde en todos los medios posibles.
3. Se realiza un interrogatorio psicológico cuya intención es que las personas expresen de manera individual o colectiva, su experiencia tras el desastre ocurrido.

4. El interrogatorio que se propone, es con base a una metáfora. Para que puedan desactivar el mecanismo negativo, facilitando a la persona que ha sido víctima de un desastre a que pueda expresarse emocionalmente sin tener ningún temor.
5. Finalmente se da primeros auxilios psicológicos, que proporcionen apoyo a las personas afectadas y de esta manera evitar una catástrofe.

Es importante considerar que los tipos de desastres Naturales (Sismo), y las afectaciones que estos emergen en la población a nivel emocional, trascienden en ellos una gama de alteraciones psicológicas en las víctimas que lo manifiestan, provocándoles crisis emocionales, con un alto grado de estrés que les impide a que se desenvuelvan en su vida diaria. Es por ello que es indispensable contar con el apoyo psicológico tras un evento traumático para con ello contrarrestar y evitar aún más la alteración del cuadro psicológico en las personas. De esta manera se necesita saber las manifestaciones que las víctimas están padeciendo y la prevalencia con la que se recurre para poder identificarlas y con ellos empezar a intervenirlas de forma de psicológica.

## CAPITULO 2. ESTRÉS

### 2.1 Antecedentes

En el capítulo anterior se realizó una breve revisión de los desastres naturales, en la perspectiva de detectar y ubicar en las diversas manifestaciones de sus impactos situaciones de estrés en la población afectada. Con relación a ello Cortes Jauregui (2000; citado por Aliaga, 2001), en su sugerente definición habla de “Alteraciones intensas en las personas”; en la caracterización de este autor es presumible que las tensiones que se viven durante y después de un desastre natural, conllevan manifestaciones de estrés en las personas afectadas. Los diversos tipos así como los grados de desarrollo en cada uno de ellos en las personas y población, serán objeto de reflexión de este capítulo.

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud por Hans Selye (1926; citado por Dolan, 2004), quien utilizó este término para describir los múltiples significados y ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señalar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes. Veamos la definición:

*“La suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular” (Selye, 1926, p.28).*

Tras controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era un estímulo o una respuesta del organismo, los autores Paterson & Neufel (1984; citados por Estrada & Buitrago, 2016) consideraron que el estrés es un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado. Llegando a concluir que

el estrés es un trastorno que somete a las personas a enfrentar demandas que sobrepasan sus fuerzas físicas y psíquicas.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991; citados por Yanes, 2009), la Segunda Guerra Mundial tuvo un efecto movilizador en las teorías e investigaciones sobre el estrés. A los militares les interesaba conocer el efecto del estrés en el rendimiento de los soldados en el campo de batalla; ya que este podía aumentar la vulnerabilidad de los militares y reflejar el aumento de lesiones e incluso el incremento de muertes.

A partir de la década de los sesenta se ha ido aceptando progresivamente la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

Cinco hechos relativamente recientes han estimulado también el interés por el estrés y su afrontamiento: la preocupación por las diferencias individuales; el resurgimiento por el interés en materia psicosomática; el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y de estilos de vida con elevado riesgo para la salud; el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida; y una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre (Smelser, 1963; citado en Estrada & Buitrago 2016).

Lazarus (1966; citado por Estrada & Buitrago, 2016) sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por lo tanto, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos.

Miller (2000; citado por Crespo, 2012) menciona que actualmente el concepto de estrés en psicología y fisiología, se emplea en un sentido de sobrecarga impuesta sobre un individuo, creado por un estado de tensión originado por múltiples causas (exceso de responsabilidad familiar, laboral o social, agotamiento muscular y situación de peligro físico).

## **2.2 Definición de Estrés**

Selye en 1935 señaló, que el estrés es un estado donde se prolongan distintos grados de tensión, y en virtud de ello ubica al estrés en el escenario de las ciencias de la salud y sus diferentes tipos como patología. Aún sin hablar de esos cambios inespecíficos propios del organismo, el autor los coloca en la lógica de que estos, son producidos por una “situación o estímulo” y de ahí, se infiere que los escenarios de los cuales surge el estrés en las personas, son variados y diversos o provocados por desastres naturales. Tras este sentido el término estrés no hace referencia al estímulo sino a la respuesta del organismo que éste manifiesta (Camargo, 2010).

La aportación de Selye, consiste en colocar al estrés como una patología producida u originada por “situación o estímulo”. Melgosa (1995; citado por Camargo, 2010) establece en su concepto de estrés “Un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se somete a fuertes demandas” (p. 41), estas últimas son diversas y pueden ir desde un escenario laboral adverso a presiones económicas familiares o desastres naturales. No obstante este último autor infiere que cada tipo de estrés se origina de específicos y determinados procesos, sucesos o eventos y que en tanto su identificación específica requeriría cierta atención médica o psicológica, según sea el caso.

Oblitas (2010; citado por Bala, 2006) sustenta que el estrés equivale a tres cosas que pareciera manejarlas como sinónimos: “tensión”, “presión”, “coacción”, no habla

de los factores que lo causan y refiere “strain” el termino de inglés equivale igualmente a tensión.

Crespo (2012), ubica al estrés como un hecho habitual o cotidiano, no puede evitarse ya que cualquier cambio al que debemos adaptarnos produce estrés. Sin embargo, cuando pensamos en hechos estresantes, suele venirnos a la mente sucesos negativos, como daño, enfermedad o muerte de algún ser querido, siendo que también puede ser un suceso positivo y resulte igualmente estresante, como lo es el cambiar de casa, un ascenso en el trabajo, incluso enamorarse, ya que traen consigo un nuevo estatus y nuevas responsabilidades.

Kinger, Herrera, Díaz, Jhann, Ávila y Tovar (1990; citados por Camargo, 2010) coinciden en que el estrés es un carácter universal, sin embargo lo explican como un mecanismo de adaptación psicológica y orgánica a cambios del ambiente interno y externo (biopsicosocial). En efecto el estrés es un estímulo que se percibe como amenaza para la homeostasis y seguridad del individuo.

Lazarus y Folkman (1986; citados por Camargo, 2010) al referirse al estrés lo describen como un proceso del cual se desprenden un conjunto de relaciones entre la persona y la situación, siendo esto valorado por la persona como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

Evaluando y valorando las definiciones de los autores citados se define al estrés, como un conjunto de reacciones orgánicas que manifiestan las personas ante situaciones apremiantes surgidas por altos grados de tensión en distintos contextos que agravan la condición de las personas. Por otra parte, el carácter universal o cotidiano que manifiesta una persona afectada de estrés, no obsta de una estabilidad o estado de relajación, lo cual tiende a ser un estado de transición en su vida diaria.

Si bien se sabe que el estrés es una respuesta normal ante situaciones novedosas de la vida cotidiana del ser humano, puede convertirse en un problema si no se canaliza de forma adecuada. Por ejemplo, el estrés agudo con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - 5) se define como la aparición de ansiedad con síntomas disociativos a consecuencia de la exposición a un evento traumático. Las manifestaciones clínicas aparecen dentro de tres días hasta un máximo de un mes después de la exposición al trauma, donde existen criterios estandarizados que permiten dar un diagnóstico adecuado.

El estrés agudo es una situación psicológicamente perjudicial que sobrepasa un repertorio de experiencias habituales de la vida cotidiana, que afecta prácticamente a todas las personas provocando, una serie de situaciones que amenazan la vida y la integridad, se trata de un suceso de características particulares identificable (situaciones de combate, explosiones, catástrofes, accidentes, maltrato, abuso o cualquier situación de violencia física o psíquica), que se producen de forma sorpresiva, inexplicable y brutal provocando súbitamente una amenaza para la integridad de las personas que se encuentran dentro y fuera de las experiencias cotidianas del sujeto sobre el cual no puede ejercer ningún tipo de control ante una situación de estrés, donde existe un compromiso de todo el organismo; no obstante el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica y del comportamiento ante el estrés (Miller, 2000).

Por tal motivo, el estrés agudo es un elemento central de un trauma psíquico donde el impacto emocional desarrolla un determinado suceso que provoca una serie de manifestaciones físicas y psicológicas inadecuadas (Calzada & Oliveros, 2002).

### **2.3 Tipos de estrés**

Es conveniente señalar que el estrés puede afectar psicológica y fisiológicamente a las personas por los efectos que inciden en su salud física y mental, provocándoles preocupación y angustia que a un determinado tiempo desencadena trastornos personales, desórdenes familiares e incluso sociales (Crespo, 2012).

Martínez y Díaz (2001) señalan que “El problema que subyace radica en los requerimientos de la modernidad concentrada en la obtención de resultados al margen de sus consecuencias sobre la calidad de vida, y por ende en la salud física y mental de las personas afectadas” (p. 15) estos autores infieren que el escenario donde el estrés se produce y reproduce es la modernidad, que pone por encima los resultados que pueden producir las personas en diversos contextos, por encima de su calidad de vida (Naranjo, 2009).

La modernidad como tal, interpretando a estos autores, es promotora de estrés y fatalmente destructora de personas en tanto sus ritmos intensos de vida, no privilegia la vida de los seres humanos.

Crespo (2012), contrasta los enfoques fisiológicos y bioquímicos con los psicosociales y advierte que prevalece la constante de los factores externos por encima de los primeros, se presume entonces que su orientación es ir a las causas que provocan el estrés y “erradicarlas o disminuirlas”, con ello los tipos de estrés y sus grados en las personas podrán desaparecer o ser controlados.

Se distingue hasta aquí un enfoque de orientación cognitiva que resalta, que el estrés surge de una evaluación cognitiva, donde la persona toma en cuenta tanto aspectos internos, como los propios del ambiente. Igualmente se distingue un enfoque integral que plantea que el estrés debe comprenderse desde una perspectiva más amplia, cuando interactúa con muchas variables (Calzada & Oliveros, 2002).

Naranjo (2009), ofrece un enfoque más preciso, donde refiere la relación dinámica entre la persona y el ambiente, como escenario productor de estrés. En esta lógica quien padece estrés podrá encontrar en esta una “relación dinámica” de mecanismos de solución, erradicación o manejo de su propio estrés.

Sobre lo anteriormente expuesto la forma en la que una persona piense, actúe ante determinados sentimientos e imágenes que tenga una situación de estrés, puede crear, aumentar, mantener o disminuir el nivel de estrés ante cierto acontecimiento.

El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva, ante una situación que trasciende, dándole sentido a un estado mental interno o de excitación (Yanes, 2009).

Por otra parte Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1986; citados por Camargo, 2010) describen que existen diversos eventos de la vida cotidiana que tienen la propiedad para ser factores desencadenantes de estrés, los cuales provocan un desequilibrio emocional. El estrés se puede presentar cuando la persona identifica una situación o un encuentro amenazante, cuya magnitud ponga en peligro su bienestar. Presentando dos procesos: una valoración cognitiva del acontecimiento y un proceso de afrontamiento. En el primero, la persona valora si la situación puede dañarla o beneficiarla, es decir, cuanto repercute en su autoestima y en segundo estima lo que puede hacer o no para enfrentar la situación, para prevenir un daño o mejorar sus expectativas.

Es importante resaltar los factores desencadenantes de estrés en las personas, lo cual afecta su estado psicoemocional y su desarrollo psicoafectivo no permitiendo que tengan una vida estable.

A continuación, se describen los tipos de estrés que podrían presentarse en casos de desastres naturales de acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - 5 (2013) mostrando su etiología, concepto y criterios diagnósticos.

### **2.3.1 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

De acuerdo al Instituto Nacional de Psiquiatría (2002), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se definen por su etiología más que por su sintomatología. Su inicio se contrajo bajo una exposición única o repetida a un acontecimiento traumático. Desde su descripción en 1889 por Oppenheim como “neurosis traumática”. Con el paso de los años se relacionó con alteraciones psíquicas bajo a distintas situaciones traumáticas que ocurren en la vida diaria, como: catástrofes naturales, agresiones sexuales, accidentes en donde está en peligro la vida. Este trastorno suele afectar más a mujeres que a hombres de cualquier edad.

Es un trastorno de ansiedad, a consecuencia de la exposición a un evento traumático en el que la persona ve amenazada su integridad psicológica, física, e incluso su vida. Este evento traumático es realmente subjetivo, puede ir desde una pérdida afectiva, un accidente, un asalto, una violación, e incluso al padecer una enfermedad (Crespo, 2012).

#### *Criterios diagnósticos*

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2013), este tipo de trastorno se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años cuando cumplen con los siguientes criterios:

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

1. Experiencia directa del suceso (s) traumático (s).
2. Presencia directa del suceso (s) ocurrido (s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso (s) traumático (s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso (s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático (s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). El criterio A4 no se aplica exposición a través de medios electrónico, televisión, películas o topografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

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

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso (s) traumático (s). En los niños mayores de 6 años, se puede producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso (s) traumático (s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o al efecto del sueño está relacionado con el suceso (s) traumático(s). En los niños, puede existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático (s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la

expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso (s) traumático (s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso (s) traumático (s).

**C)** Evitación persistente de estímulos asociados al suceso (s) traumático (s), que comienzan tras el suceso (s) traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

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

**D)** Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso (s) traumático (s), que comienzan o empeoran después de la situación traumática y se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (s) traumático (s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso (s) traumático (s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

**E)** Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (s) traumático (s), que comienza o empeora después de la situación traumática y se pone en manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

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

**F)** La duración de la alteración (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

- G)** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H)** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

### **2.3.2 Trastorno de Estrés Agudo (TEA)**

Es importante señalar que con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – 5 (2013) refiere que los síntomas de este padecimiento se experimentan durante o después del trauma durando como mínimo 3 días o hasta un mes después del acontecimiento traumático. Cuando los síntomas persisten más de un mes se indica un trastorno por estrés postraumático cumpliendo con la totalidad de sus criterios de diagnóstico. La intensidad, duración y proximidad de un acontecimiento traumático son factores importantes para presentar un trastorno por estrés agudo. Este trastorno puede originarse por distintas circunstancias traumáticas donde la persona esté expuesta a presenciar algún tipo de evento traumático como; accidentes, desastres naturales, atentados, asaltos, abusos sexuales, secuestros etc. Y el acontecimiento traumático presenciado suele ser reexperimentado en forma de imágenes, sueños o pensamientos. Con la sensación subjetiva de estar reviviéndolos de nuevo.

La prevalencia de estrés agudo en la población expuesta a acontecimientos traumáticos de carácter extremo depende de la intensidad y persistencia que tenga el trauma y el grado de exposición a éste. Algunos estudios científicos comunican que entre el 13 % y el 33 % de los individuos presentan trastorno por estrés agudo, tras un evento traumático.

#### *Criterios diagnósticos*

De acuerdo al DSM – 5 (2013) este tipo de trastorno se aplica con una duración de 3 días a 1 mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos siempre y cuando cumplan con los siguientes criterios:

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

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

**B)** Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso (s) traumático (s):

### Síntomas de Intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso (s) traumático (s). En los niños se puede producir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del suceso (s) traumáticos (s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el efecto del sueño está relacionado con el suceso (s). En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático (s). (Estas reacciones se pueden repetir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso (s) traumático (s).

#### Estado de Ánimo Negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

#### Síntomas Disociativos

6. 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).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (s) traumático (s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

#### Síntomas de Evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso (s) traumático (s).

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso (s) traumático (s).

### Síntomas de Alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño o sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas con la concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

**C)** La duración del trastorno (síntomas del criterio B) es de tres días a un mes después a la exposición al trauma. Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

**D)** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**E)** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

## 2.4 Estrés en la infancia

De acuerdo a Lazarus y Folkman, las personas se estresan cuando perciben que un estímulo ambiental amenaza su propio bienestar y los incapacita para ser frente a la situación. Es por ello que la percepción de los estímulos depende de las características de cada individuo, ya que las personas se diferencian en la forma de cómo ven la realidad de las cosas, por lo que un mismo fenómeno puede ser visto de múltiples maneras, dependiendo de la percepción particular de cada individuo. Es decir, los factores elicidores de estrés podrán ser iguales para todos pero la forma de reaccionar ante ellos dependerá del grado de vulnerabilidad y del perfil psicológico de cada persona. Los estresores son estímulos que sobrecargan el sujeto y producen una respuesta biológica y psicológica de estrés. De este modo, cualquier evento que sea considerado como dañino o amenazante para la salud y el bienestar, se podría juzgar como estresor (Oros & Vogel, (2005).

Lo mismo sucede con los estresores infantiles, que difieren de los estresores adultos, donde tienen naturalmente unas características que les son propias, fundamentalmente por su carácter evolutivo. Así, mismo los estresores de un niño estarán mayormente asociados al núcleo familiar según su edad. (Holmes & Rahe, 1987; citados por Drane, Papalia & Wendkos, 2000)

Es por ello que Holmes & Rahe (1987; citados por Drane, Papalia & Wendkos, 2000), señalan algunos estresores infantiles según el ciclo evolutivo. (Véase tabla 2).

**Tabla 2. Clasificación de estresores según el periodo evolutivo.**

Periodo Evolutivo	Estresores relacionados con:
-------------------	------------------------------

---

	Separación
	Pérdida
De 0 a 6 años de edad.	Apego
	Abuso
	Abandono
	Compañeros
	Escuela
De 7 a 12 años de edad.	Socialización
	Hermanos
	Identidad
	Cambio
	Transformación
De 13 a 18 años de edad	Interacción con otro sexo
	Disfunción familiar
	Competencia

---

Fuente: Adaptado de Holmes & Rahe (1987; citados por Drane, Papalia & Wendkos, 2000), Psicología Infantil (Naucalpan de Juárez: Mc. Graw – Hill, 2000. (p. 37).

De acuerdo a este autor, los estresores pueden agruparse en diferentes dominios como son el familiar, el académico o el social. Por lo tanto, existen eventos aversivos en sí mismos, ya que no son condición exclusiva para que se produzca estrés, si no que el proceso de evaluación cognitiva permite identificar y diferenciar las situaciones favorables dependiendo de las características propias de cada niño.

Ya que la edad y el sexo son variables personales que influyen en la percepción de los estímulos ambientales. Y las vivencias amenazantes cambian a medida de que el niño crece, por que cambia su manera de ver el mundo y la forma de relacionarse con él (Oros & Vogel, (2005).

Por otro lado de acuerdo a González Martínez (2005; citado por Trianes, 2002) difiere que el estrés, aplicado a los niños, implica al menos cuatro factores como los siguientes:

- Presencia de una situación o acontecimiento identificable.
- Dicho acontecimiento es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo.
- Este desequilibrio es un estado de activación marcado por una serie de consecuencias por la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional.
- Estos cambios a su vez perturban la adaptación de las personas.

Es importantes señalar que el estrés es un factor que afecta de igual manera a los niños y su desarrollo psicosocial, ya que a diferencia de los adultos se prevalece por los grandes problemas familiares que se puedan originar durante su etapa, provocándoles cuadros de angustia, temor o estrés. Y esto les conlleva a que en su vida prevalezcan episodios inseguros.

## **2.5 Estrés ante Desastres Naturales**

Los desastres son eventos precipitantes que producen destrucción extensiva, muerte o enfermedad, que conllevan a una gran desorganización de la comunidad, alteraciones emocionales y traumas individuales. Así mismo, son eventos catastróficos de estrés, que exponen a la población a situaciones que amenazan la vida, habiendo muerte repentina de familiares y amigos y destrucción del medio ambiente personal y público (Pantin & Cols., 2003, Salcioglu & Cols., 2003, Russoniello & Cols., 2002; citados por Valero, 2009).

Después de un desastre, los individuos pueden desarrollar trastornos depresivos y ansiosos, cuadros de estrés agudo y pos-traumático. La recuperación de dichos trastornos puede estar obstaculizada por estresores secundarios tales como:

pobreza, violencia intrafamiliar, situaciones traumáticas vividas con anterioridad al desastre etc. Los individuos sujetos a estrés secundario quizás sean más vulnerables y mantengan índices mayores de estrés, depresión, discapacidad y malestar psicológico (Vera, 2001).

Rápale y Wilson (1993; citados por García et al., 2007) mencionan que los desastres suelen causar estrés emocional entre otras consecuencias negativas en la salud mental de los sobrevivientes. Estas consecuencias suelen estar asociadas con traumas físicos, socioeconómicos y psicológicos. Sin embargo cuando este estrés emocional es percibido por la persona como una situación que sale de su control, puede llegar a ser traumatizante y presentar una serie de signos y síntomas conocidos en la actualidad como estrés agudo o postraumático.

Investigaciones recientes han demostrado que después de un desastre, la población puede presentar ciertos síntomas de estrés, donde existe un desorden de ansiedad presentado por los individuos que han sido expuestos a un evento traumático, el cual evoca sentimientos de miedo intenso, desamparo u horror (King & Cols, 2001; citados por Valero 2009).

El hospital de psiquiatría de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” (2018) refiere que algunos de los síntomas habituales que manifiesta una persona ante un desastre natural suelen ser: dificultad para dormir (pesadillas), ansiedad exacerbada, nerviosismo, irritabilidad, aislamiento, problemas de memoria, hipersensibilidad, y conductas fóbicas. Todo ello se manifiesta tras la vivencia de un acontecimiento de desastre natural (Saldaña, 2014).

De acuerdo con las brigadas que realizó la UNAM en el 2017, confirman que el 82% de la población mexicana que manifestó la vivencia del sismo del 19 de septiembre de 2017, presentaron altos niveles de desorden emocional crítico, teniendo como resultado daño psicológico basado en estrés postraumático. Sin

embargo, la participación del área psicológica ante esta situación, siempre es considerable para trabajar las afectaciones causadas y reducir los niveles de estrés que presentan los individuos tras un acontecimiento traumático (OMS, 2017).

Es importante tomar en cuenta la prevalencia de la sintomatología de acuerdo al DSM – V (2013), en las personas afectadas tras la vivencia de un sismo, ya que con ello, se tomaran las medidas pertinentes para el tipo de intervención psicológica que requieran y las medidas que se trabajaran con base al método de terapia breve junto con la técnica narrativa, para producir en las personas un cambio significativo que les ayude a disminuir los grados de estrés o trauman que estén prevaleciendo en ellos.

## **CAPITULO 3. TERAPIA SISTÉMICA BREVE**

### **3.1 Antecedentes Históricos**

El objetivo de la terapia breve se encuentra en la orientación hacia el logro del insight, teniendo como principal función el trabajo en la psicoterapia psicodinámica (Bellak & Siegel, 1988; citados por Szprachman 2003).

La psicoterapia breve está fundamentada en la orientación psicoanalítica, sus procedimientos fundamentales se derivan de la comprensión del comportamiento humano contenidos en la psicología psicoanalítica ortodoxa, con diferencia en sus metas, factores y método (Bellak & Small, 1988).

El psicoanálisis es una teoría cuyos conceptos se relacionan con el desarrollo de una teoría de la personalidad y se vincula con un trabajo psicoterapéutico. Es una teoría de la personalidad y a la vez es un método de psicoterapia. Está conformado por una técnica para el tratamiento de las personas y perturbaciones emocionales. El método psicoterapéutico del psicoanálisis, está basado en la teoría elaborada a través de las observaciones científicas de Freud (Aguilera & Messick 1976; citados por Bellak & Small 1988).

Freud, creó la psicología dinámica que estudia las transformaciones y los cambios energéticos en la personalidad. Según Freud, la presencia de fuerzas dinámicas que interaccionan en un nivel psíquico, son responsables de la creación y la permanencia de los síntomas. Su laboratorio estaba conformado por un diván, las verbalizaciones del paciente y por la interpretación del terapeuta como consecuencia de sus observaciones, diseñó un modelo de la personalidad basado en tres instancias psíquicas; el ello, el yo y el súper yo (Hall, 1983; citado por Bellak & Small 1988).

Uno de los pilares de la teoría freudiana fue el descubrimiento del inconsciente, una técnica psicoanalítica, que tiene como objetivo fundamental el de hacer que el inconsciente se halle disponible para el consciente. Para lograrlo Freud experimentó con una serie de técnicas desde la hipnosis catártica y la sugestión despertadora, hasta llegar a conformar el método de la asociación libre, mediante el cual se facilita la liberación del material reprimido inconsciente y con el fin de confrontarlo con el consciente a través de la verbalización (Aguilera & Messick, 1976; citados por Bellak & Small 1988).

Otro de los descubrimientos importantes de Freud, fue el de los fenómenos de transferencia que se refiere a la reacción emocional del paciente hacia el terapeuta, transfiriendo los conflictos emocionales del pasado a situaciones del presente, desde su inconsciente. Las emociones que el paciente vivió en la infancia con respecto a sus figuras de autoridad se mantienen en el inconsciente y a través del fenómeno de la transferencia emergen, depositándolas en el terapeuta con la ventaja de carecer del temor a la censura (Pinkus, 1984; citado por Bellak y Small 1988).

A pesar de que la psicoterapia breve tiene como base teórica a la orientación psicoanalítica, difiere de esta en la técnica aplicada. La asociación libre, la técnica de la interpretación y del análisis de transferencia se emplean en la terapia breve con algunas modificaciones (Bellak & Small, 1988).

La psicoterapia breve difiere de la técnica psicoanalítica en cuanto a sus metas, duración de la terapia, métodos y el papel que representa el terapeuta.

En relación a sus metas, la terapia breve es un método de tratamiento que se dirige a quitar o reducir los síntomas y desadaptaciones de forma rápida, debido a que pueden ser producidos por circunstancias peligrosas o destructivas, no está dirigida hacia la reestructuración de la personalidad, a menos que se tome en cuenta

el hecho de que la presencia sea inesperada hacia algunos eventos críticos y la intervención dinámica posterior, pueda inducirse hacia un proceso de reestructuración (Szprachman, 2003).

En su orientación dirigida al síntoma, la psicoterapia breve intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continúe funcionando y en los casos que esté indicado, aumentar la capacidad de auto apoyo del individuo para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva. El lograr la homeostasis cuando el equilibrio ha estado perturbado, aun cuando la homeostasis se haya logrado solo por un periodo corto, le proporciona al individuo el conocimiento de que la mejoría es posible para él y además la motivación para buscar los medios y luchar por obtenerla, mediante este proceso se puede lograr que después de la intervención la persona continúe con un proceso de mejoría autónoma (Lazarus, 1984; citado por De Shazer 1999).

En cuanto a los factores de tiempo, la terapia breve está indicada para las personas que requieren de una intervención inmediata para lograr un nivel de alivio que sea alcanzado rápidamente de preferencia en la primera sesión. Bellak y Small (1988) consideran que el tiempo adecuado puede ser de una hasta seis sesiones, la duración de la terapia breve varía dependiendo de las necesidades del paciente, generalmente es menor a 20 sesiones.

En relación a los métodos de la terapia breve, la asociación libre es rutinaria, el terapeuta hace uso de ella en el momento que lo considere necesario. En la terapia breve no se hace uso del diván, la técnica es cara a cara. Al igual que en psicoanálisis, el terapeuta en la intervención breve hace uso de la interpretación para facilitar el insight, sin embargo, la interpretación en la terapia breve se une a otras formas de intervención, como pueden ser sugerencias médicas, de ambiente informativas, además en este tipo de terapia la meta de la interpretación va dirigida al alivio de los síntomas (Lazarus & Folkman, 1994; Citados por De Shazer 1999).

Los fenómenos de transferencia también son trabajados en la terapia breve, sin embargo en este caso se busca la transferencia positiva y se procura que se mantenga desde el inicio a lo largo del proceso terapéutico y hasta el final de la terapia, estos conceptos se aclaran más adelante. El terapeuta alienta y favorece la presencia de la transferencia positiva evitando la aparición de la transferencia negativa, no se permite que se desarrolle, más bien se alienta y se extrae. Teniendo por finalidad la disminución del síntoma o la mejoría, presentando al terapeuta como una persona benigna, interesada, servicial y participante (Lazarus & Folkman, 1994; citado por De Shazer 1999).

### **3.2 Conceptos Históricos**

De acuerdo con Pinkus en 1918, la terapia breve se inicia con los trabajos de Ferenzí en relación a un tratamiento “activo”, que suponía una participación más ágil por parte del paciente. El papel del terapeuta es más directivo a través de la manifestación de recomendaciones y/o prohibiciones (Bellak y Small, 1988).

Según Aguilera y Messick en 1976, la psicoterapia breve surgió como consecuencia de la gran demanda de servicios de salud mental, diversos trabajadores de la salud se involucraron con esta forma de tratamiento ya que las clínicas y hospitales no contaban con el personal entrenado para proporcionar este servicio y señalaron que la psicoterapia breve surge como parte de una estrategia de los encargados de los programas de Salud Mental en los E.U.A. con el fin de proporcionar los medios para hacer más accesible a la comunidad de los servicios de atención de los tratamientos psicoterapéuticos (Bellak y Small, 1988).

La psicoterapia breve resulta un método favorable para las personas que tienen problemas de urgencia, para generar cambios en personas con algún trastorno emocional y puede ser útil como un medio de prevención. La aplicación inmediata

de este tipo de psicoterapia impide que un trastorno emocional pueda convertirse en una desadaptación más grave o en una enfermedad seria y crónica (Jarero, Artigas, Uribe & Miranda, 2014).

Para Wolberg (1987; citado en Szprachman, 2003) la psicoterapia breve corresponde a la variedad de las terapias de insight y es apropiada en los casos en los que el fin terapéutico sea bastante abreviado, que requiera de unas cuantas sesiones para ser tratado a fin de restaurar el equilibrio emocional del individuo y de proporcionarle nuevas herramientas para enfrentar otros problemas, la terapia breve deberá estabilizar al individuo, restaurando defensas que tenía antes de presentarse su problema y que le permitan funcionar satisfactoriamente o darle mejores medios de relacionarse interpersonalmente.

Pinkus (1984; citado por Jarero et al., 2014), definió a la psicoterapia breve como una técnica de exploración de la personalidad, fundada en la teoría psicoanalítica y que tiene por fin la modificación del sistema de personalidades para transformarlo de cerrado en abierto; y el establecimiento de un equilibrio emocional homeostático, dentro de un periodo determinado.

Este modelo ha demostrado ser eficaz porque ayuda al individuo a superar la situación crítica y este logra reintegrarse y volver a su nivel anterior de desadaptación con relativamente pocas sesiones de terapia. La terapia breve también puede ser preventiva ya que puede evitar un patrón más crónico y más grave de adaptación (Watzlawick, 1997).

La psicoterapia breve es indicada en casos de crisis y se usa con individuos que no requieren de psicoterapia a largo plazo, que no son aptos para una terapia como esa, o que no cuentan con recursos para trabajarla. La terapia breve tiene la ventaja de su accesibilidad, está lista para cuando el paciente esta angustiado y busca ayuda, en estas circunstancias los conflictos están activos y el individuo se

encuentra bajo condiciones propicias para la intervención terapéutica, a la vez ayuda al paciente a superar la crisis, volver a un estado más tranquilo y a un nivel normal de actividad (Miller, 2000).

Es importante resaltar que la terapia breve está basada en un modelo psicoanalítico, que surge como un modelo de intervención terapéutica para modificar los problemas emocionales que surgen de manera inmediata, tras aspectos inconscientes de la conducta. Dentro de la terapia breve hay modelos terapéuticos donde no todos son psicoanalíticos, existen otros tipos de modelos en el trabajo terapéutico que ayudan a mantener un nivel emocional equilibrado y fortalecer otras áreas psicosociales de la conducta del ser humano.

De acuerdo con Ezequiel (2009), los principales modelos psicoterapéuticos, parten de la evaluación y formulación o conceptualización clínica del problema o los tipos de problemas que presenta la persona como guía de la estrategia psicoterapéutica. Cada enfoque de psicoterapia comparte principios generales como la necesidad de establecer una alianza terapéutica con el paciente o relación colaborativa en la dirección hacia los objetivos de cambios planteados. Entre los principales modelos de la psicoterapia actual son:

El Modelo Conductual: Surgió a principios del siglo XX por el fisiólogo Iván Pavlov en Rusia y en Estados Unidos, desde 1930 por el psicólogo B.F. Skinner. De acuerdo a este modelo la conducta es el principal enfoque, donde los terapeutas conductuales utilizan conceptos de investigación experimental para el aprendizaje especialmente focalizado en la conducta observable a individuos. Este modelo también ha sido ampliado por los psicólogos Joseph Wolpe y Albert Bandura, donde incluyen variables de aprendizaje social y cognoscitivo.

De acuerdo a este modelo, la patología se define como una forma de comportamiento aprendida que se desarrolla según las mismas leyes que gobiernan la conducta normal. Se considera a través de una historia de aprendizajes de una

forma de proceder y que puede llegar a ser desadaptativa para el paciente, impidiéndole desempeñarse en su vida y al mismo tiempo provocándole sufrimiento.

El tratamiento comienza con la realización de un análisis funcional de la conducta, es decir, registrando el comportamiento del paciente en el contexto de su vida cotidiana. Luego, se diseña con él y de acuerdo a sus necesidades, un programa de procedimientos de reaprendizaje, dirigido de manera específica a la modificación, disminución o eliminación de sus síntomas.

El Modelo Cognitivo: Surge principalmente de los desarrollos de los psicólogos estadounidenses Albert Ellis (1955 crea la terapia racional emotiva) y Aaron Beck (terapia cognitiva, en 1960). Es conveniente aclarar que el origen de estos modelos es diferente a la psicología cognitiva, aunque en la actualidad se han generado algunos vínculos de asociación.

Esta perspectiva se centra en los procesos de pensamiento y en cómo éstos pueden afectar la forma en la que el paciente construye su experiencia del mundo, conduciéndolo a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales.

El tratamiento es especialmente a través de la técnica de reestructuración cognitiva, abordando en primera instancia los pensamientos más superficiales que tiene la persona llamados “pensamientos automáticos”, para luego enfocarse a la revisión y modificación de los esquemas y creencias menos conscientes que marcan su estilo de interpretación de la realidad, generando junto a ella formas de significado de la experiencia que no le generan malestar.

El Modelo existencialista – humanista: Los principales referentes de este modelo son el psicólogo estadounidense Carl Rogers, quien desarrolla la terapia centrada en la persona en los años 40 y el psicoanalista alemán Frederick S. Perls, creador de la psicoterapia gestáltica hacia la década de los 50.

El abordaje de Rogers propone que cada individuo tiene capacidades para el autoconocimiento y el cambio constructivo, planteando que la acción del terapeuta es ayudarlo a desarrollarlas. Para esto el profesional debe reunir una serie de cualidades personales esenciales: empatía, autenticidad y aceptación positiva incondicional.

La terapia gestáltica parte del descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo (insight) es insuficiente para curar el trastorno, por lo que desarrolla ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia general de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente.

El Modelo sistémico: la creación de este modelo es interaccional es decir, sirve como un dispositivo psicoterapéutico, el cual se generó en la década de los 60, como un enfoque específico en la terapia familiar. Tiene un desarrollo muy extenso en base científica, donde sus principales referencias provienen de los pragmáticos de la comunicación.

Existen tres grandes escuelas tradicionales dentro de la terapia sistémica; la escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson entre los más reconocidos, la escuela estructural, cuyo principal representante es Minuchin y la escuela de Milán con Selvini Palazzoli como su máxima figura.

La principal característica de este abordaje es que centra sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de los patrones de interacción entre las personas, no considerando los trastornos como conflictos individuales sino como patologías de una relación. El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación. A su vez, la persona es entendida como parte de un sistema, siendo los miembros de ese sistema interpersonales.

El modelo está especialmente dirigido a parejas y familias y se orienta principalmente a establecer diferentes tipos de cambio en las reglas que rigen el funcionamiento del grupo, con el objetivo de generar cambios en sus integrantes.

Referente a los tipos de modelos psicoterapéuticos que existen y del cual se enfoca este trabajo existe una gran diferencia entre lo que es el modelo y la técnica que se utiliza, dado que el modelo es el tratamiento de naturaleza psicológica que se utiliza para trabajar los trastornos emocionales, de conducta y de la personalidad que presenta una persona. Implica la comunicación entre paciente y terapeuta y emplea métodos con una fundamentación teórica. Todas las psicoterapias se basan en la relación entre terapeuta y paciente, así como en la utilización de procedimientos y técnicas específicas. También pueden ofrecerse en diferentes formatos (individual, familiar, grupal) y pueden diferirse en dimensiones específicas tales como la frecuencia de las sesiones y su grado de estructuración, la duración y los objetivos planteados. Sirve como mediador para un cambio en los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas, facilitándoles la habilidad para el manejo de los síntomas negativos que les producen un sufrimiento en su vida, sea cual sea la circunstancia. Propicia cambios congruentes con los objetivos que los individuos quieren alcanzar, ordenando y facilitando las ideas y acciones confusas que ante una determinada situación de su vida se bloquean, conduciendo un cierto alivio para afrontar ansiedades, tensiones y oportunidades para aprender de modos diferentes de pensar, sentir y actuar. De otro modo, las técnicas son las herramientas o estrategias terapéuticas que deben emplearse para el tratamiento psicológico en las personas, y van dependiendo del tipo de modelo que se utilice.

### **3.3 Técnicas de Terapia Breve**

Toda terapia, en un sentido muy amplio, está generada para producir cambios en los consultantes, mediante un proceso de interacción con el terapeuta, describen su problema esperando de esta manera que se les ayude a resolver su situación. Por tanto, se puede entender que la terapia es un espacio donde ocurre una

conversación orientada a provocar cambio o simplemente como “conversación de cambio” (De Shazer, 1999).

Así mismo permite obtener resultados positivos en un número reducido de sesiones y se adapta bien a contextos clínicos. Uno de los grandes objetivos de la terapia es construir una desrigidización de los sistemas perceptivos – reactivos del sujeto, creándole un estado de conciencia más flexible ante su problemática situada y de esta forma cambiar la percepción de su problema a través de una terapia activa basada en técnicas y estrategias de cambios que permiten ofrecer una complejidad satisfactoria ante el proceso terapéutico. Este modelo otorga una primacía al cambio conductual otorgando un rol preponderante a la experiencia como requisito al cambio. Es así como el insight sirve para movilizar resistencias por la natural tendencia hacia la homeostasis y así producir cambios en la percepción de la problemática.

Algunas de las evidencias empíricas sobre este modelo que ha dado como resultado es que ha sido difundido en distintas áreas de apoyo como asesoramiento individual, social, familiar, en problemas de depresión, abuso de sustancias y situaciones de trauma psicológico, entre otros. Tal fue el caso de un acontecimiento causado por un desastre natural en la India en el año 2005, donde se llevó a cabo una intervención de salud mental en un grupo de personas afectadas con la aplicación de este modelo para su resolución. La terapia breve centrada en soluciones con el apoyo de la técnica narrativa se utilizó para atender las premisas de las personas sobrevivientes y afectadas tras este acontecimiento, para ello, este enfoque se estableció sobre las necesidades y consideraciones de las personas y de esta forma se identificaron y estimaron los recursos interpersonales de cada persona favoreciendo su autoestima, asertividad y su integridad a nivel consciente de la experiencia traumática, restaurando los sentimientos de seguridad, confianza y capacidad. La intervención tomó como primer estrategia brindar apoyo individual a las personas tomando como base la fase post-catástrofe, debido a la magnitud de

la tragedia, y por consiguiente se centró en restaurar el tejido psicosocial en las zonas afectadas y fomentar a los sobrevivientes a que tomaran por ellos mismos la iniciativa de recuperarse y cicatrizar sus heridas. También se ofrecieron actividades preventivas con el objetivo de reforzar el extremando social y promover la ayuda mutua a los afectados y reducir los riesgos a los problemas post-traumáticos. Una de las estrategias que se enfocó para disminuir la ansiedad fue la información ya que muy pocas personas de las afectadas sabían que era un desastre natural y sus causas, por lo que poca gente podía comprender lo que estaba sucediendo y no sabían qué tipo de medidas de protección podían tomar para reducir su nivel de ansiedad y estrés (Losada, 2006).

Es así como la terapia breve propone una de las técnicas basada en el modelo centrado en soluciones para promover un cambio; la técnica narrativa, la cual su trabajo es buscar un acercamiento respetuoso, no culposo en el trabajo comunitario, donde centra a las personas como expertos de su vida. Así mismo esta técnica ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema de sus vidas. Las historias o narrativas son importantes y para la terapia narrativa, la palabra historia o narrativa significa: eventos, ligados en una secuencia (Martínez, 2012).

### **3.3.1 Técnica Narrativa**

El desarrollo de la técnica narrativa es que utiliza un lenguaje particular para referirse a los distintos aspectos de su teoría, extraídos desde la filosofía y la antropología, entre otras disciplinas; creada por White y Epsom, quienes hacen un uso preciso del lenguaje en esta técnica. Suele ser comprensiva y menos limitante, es decir da un acercamiento de recuperación del pasado para poderlo reconstruir a medida de lo que vaya hablando, de tal manera que el paciente pueda tener la

capacidad propia para enfrentar su problema en la forma de cómo vaya relatando su problema psicoemocional (Bill O'Hanlon, 2001; citado por Garcia, 2013).

En gran medida, ésta técnica es muy peculiar para el trabajo psicoterapéutico, ya que parte de las premisas donde no hay significados objetivos ni verdaderos. Es decir, el psicoterapeuta no descubre el significado verdadero de un síntoma; sino lo resignifica y co-narra de una manera diferente entre los síntomas del paciente. Promoviendo la creación de nuevos significados, utilizando metáforas y relatos alternos de la autobiografía del paciente en situaciones de crisis emocionales (Martínez, 2012).

Este mismo autor menciona, que la técnica narrativa se aborda a partir de tres premisas para el desarrollo y profundidad del problema emocional a tratar. Tales como:

1. Se abandona la idea de que la psicoterapia es análoga a una arqueología de la mente. Es decir, Freud en 1937 promueve que el trabajo terapéutico se debe basar en averiguar los significados reales y subyacentes en los síntomas de los pacientes. Por lo cual, el terapeuta debe resignificar los síntomas negativos que presenta el paciente, dándole otro sentido.
2. El terapeuta no posee un saber real o establecido; dada de esta forma es que el terapeuta tiene que asumir una posición superior a la del paciente y le establezca de esta forma la situación de conflicto emocional que este presentando, convirtiéndose en un colaborador activo, para que pueda mostrarle un nuevo sentido de vida a su problema. Este tipo de trabajo está en la búsqueda de sustituir narrativas inadecuadas que dañan la estabilidad emocional de los individuos, así como liberar preconceptos negativos que pudiesen tener.

3. La meta terapéutica es la creación de diversos significados sin un anclaje en una teoría que refleje una realidad objetiva y real. Por lo tanto, el terapeuta narrativo deberá establecer una meta básica para encontrar la significación verdadera de los síntomas presentados del individuo, creando un contexto relacional y dialógico que puedan transformar la vida de las personas afectadas. Realizando una búsqueda de significados y metáforas adecuadas para un cambio terapéutico.

De esta manera, se puede lograr un cambio en el paciente generando un alto grado de conciencia y resignificando el problema para que éste pueda encontrar su verdadero significado.

Martinez (2012), menciona algunas de las características de la técnica narrativa tales como:

- Inspiración transdisciplinaria: Implica que el terapeuta narrativo puede utilizar conocimientos de varias disciplinas, entre ellas la semiótica, la antropología, lingüística y la filosofía.
- Una visión social del conocimiento y la identidad: Se plantea que la interpretación que le damos a nuestras experiencias es construida a través del intercambio social y que una misma experiencia puede ser construida de manera diferente de acuerdo al contexto cultural y relacional del momento.
- Atención particular al contexto: Respecto a la problemática del cliente se analiza desde el ángulo del contexto de su cultura, religión, sociedad y relacional, ya que es el contexto el que configura el significado lingüístico que se le da a una experiencia.
- El lenguaje como concepto medular: Se da través del lenguaje y se le otorga un significado. En esta técnica lo externo del paciente es de cierta manera inespecífico. Y se da a través de la construcción lingüística del problema de la persona.

- La terapia como un viaje común: La terapia es una travesía de exploración, conversación, buscar soluciones y desarrollar múltiples historias alternas.
- Se valora la multiplicidad de voces: En la terapia narrativa se entiende que la multiplicidad de perspectivas favorece el trabajo terapéutico.
- Se incorpora el conocimiento local: Inspirado en el concepto de conocimiento local, aquí se cuestionan los discursos universales o meta-narrativas. En vez, se trabaja en terapia desde el punto de vista del paciente y no desde una postura teórica universal.
- El paciente es la estrella del encuentro terapéutico: Se parte de la premisa de que el paciente es el experto en su vida y de que las metas terapéuticas las identifica él o ella. Por lo tanto, el terapeuta ahora no es el experto, sino más bien un colaborador curioso que desea ser informado por el paciente.
- Transparencia: El terapeuta ahora no es un observador objetivo del paciente. Por lo tanto, los prejuicios, opiniones o posturas del terapeuta deben ser transparentes al paciente y ser compartidos con éste si fuera necesario.
- Interés en lo que funciona: En el lenguaje terapéutico narrativo se hace énfasis en un discurso de resiliencia y de explorar posibilidades de cambio a través de la creación lingüística de nuevas opciones liberadoras. El terapeuta se aleja del discurso tradicional que veía del paciente con deficiencias y patologías.
- Agente personal: Se parte de la premisa de que el paciente debe controlar sus decisiones y el curso de su vida.

Ante esta técnica se ampara, en la idea de que le facilita al paciente a experimentar nuevas conductas y nuevas auto-construcciones mitigando la culpa y la amenaza que pueden acompañar al fracaso o a su yo usual.

Para ello, se realiza una externalización del problema, donde el paciente hace ver claramente su problema (soy un desgraciado), es decir, no se debe a un defecto dentro del individuo. Sino en externalizar el problema, hablando de éste como algo externo, ayudando así a la persona a separarse del mismo y facilitar la

renegociación con el problema. Esta postura también ayuda a ver el problema como algo que no es estable.

Básicamente, la externalización de un problema consiste en la separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente. En los últimos años, terapeutas alrededor del mundo han comenzado a evaluar el abordaje narrativo, restándole peso a la tradicional relación paciente – terapeuta y tratando el concepto de identidad personal como una construcción social fluida. El atractivo de esta terapia narrativa va más allá de la técnica, ya que representa un cambio fundamental de dirección en el mundo terapéutico. Freud estableció las bases del campo psicoterapéutico, donde se centraba en la patología del paciente y estaba dominada por las teorías psicodinámicas y la psiquiatría biológica. Esta primera ola representó un avance importante, porque dejó de mirar a los pacientes como moralmente deficientes, y nos dio un vocabulario común codificado en los manuales diagnósticos y estadísticos para descubrir los problemas humanos (White y Epston, 1993; citados por Ducrocq y Jehel, 2014).

La segunda ola intentó remediar el excesivo foco sobre la patología del pasado y las terapias centradas en problemas, incluyendo las terapias de conducta, los abordajes cognitivos y la terapia familiar. Es así que los pacientes no asumían que estaban enfermos y se centraban más en el aquí y ahora, en vez de buscar significados ocultos y causas últimas. Los problemas residían en sistemas de pequeñas escalas y las soluciones todavía correspondían a los terapeutas donde ellos, veían a sus pacientes como agentes de cambio decisivos en su propia vida, y la conciencia que sus pacientes tenían de sí mismos, como algo que debía evadir o dejarse de lado (White y Epston, 1993. citados por Ducrocq y Jehel, 2014).

A comienzos de los años 80, algunos terapeutas comenzaron a cambiar el foco de atención y la creencia de que centrarse sobre los problemas muchas veces oscurece los recursos y soluciones que residen dentro de los pacientes. El terapeuta

en si ya no era la fuente de solución sino que las mismas personas comenzaban a darle solución a sus problemas. Por lo que el abordaje narrativo señaló que la persona nunca es el problema, el problema es el problema (Ezequiel, 2009).

Los terapeutas con frecuencia establecen que los pacientes aprenden a devaluar su propio lenguaje, experiencia y conocimiento a favor de la visión de sus terapeutas, en vez de aconsejar a sus pacientes, los terapeutas de la tercera Ola enfocan los efectos insidiosos de ideas opresivas y de la práctica y hábitos que todos tenemos. Esta no es una política de buscar culpables, de encontrar opresores, sino una política de liberación a un nivel muy individual. Es decir, si aprendemos a conciencia a reconocer el efecto de los problemas y no a verlo como parte inherente de nosotros mismos, se podrá liberarlo de nuestra complejidad. Esta es la conversación liberadora que los seguidores de la tercera ola aspiran tener con sus pacientes (Ezequiel, 2009).

Por años, los terapeutas se han envuelto en asuntos que rayan en la filosofía, como la epistemología y la construcción social de la realidad, obteniendo poco impacto en la práctica diaria. Pero la terapia narrativa se ha convertido en un abordaje viable, debido a su habilidad de poner la ideología en acción y producir resultados en el consultorio de los terapeutas. El abordaje narrativo saca a los terapeutas de su baja productividad y les permite evitar una de las grandes trampas de la profesión: involucrarse en la desesperación de sus pacientes. Esto se evidencia en la forma como los pacientes suelen presentarse en la sesión. Hola, soy depresión, yo siempre he sido depresión y siempre lo seré". Frente a esto, el terapeuta se siente tan frustrado y atado como el paciente mismo (Ezequiel, 2009).

A través del uso de la externalización, los terapeutas narrativos son capaces de aceptar el poder de las etiquetas, al mismo tiempo que evitan la trampa de reforzar el apego a las mismas. La externalización ofrece una manera de ver a los pacientes con una parte de ellos mismos no contaminada por los síntomas. Esto

automáticamente crea una visión de la persona como no determinada y capaz de tomar decisiones en relación al problema. Las ideas de la terapia narrativa permiten, el surgimiento de respeto y autoestima no solamente para el paciente sino también para el terapeuta.

Esta técnica representa una separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente. Lo complicado y difícil es la manera delicada como se logra. Es a través del uso cuidadoso del lenguaje en la conversación terapéutica, que la curación de la persona se inicia y finalmente se logra. Lo nuevo del abordaje narrativo es que provee una secuencia útil de preguntas que consistentemente producen un efecto liberador para las personas.

Es por ello que la terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso con las personas y un trabajo comunitario, la cual centra a la persona como experto en su vida. Separando el problema de las personas y asumiendo que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los ayudara a reducir la influencia del problema en sus vidas.

## **CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **4.1 Programación**

Serán 6 sesiones semanales. Con una duración de 90 minutos cada una.

### **4.2 Participantes**

Padres o madres de familia que presenten un alto nivel de estrés agudo de acuerdo a la escala de estrés percibido PSS (Gonzales & Landero, 2007).

### **4.3 Escenario**

Se realizará en un salón con capacidad para trabajar con al menos 15 personas y que permita llevar a cabo las dinámicas de intervención. Deberá contar con las condiciones de ventilación pertinente, mesa, sillas, iluminación y los menores distractores posibles.

### **4.4 Instrumentos**

Para evaluar si los padres y madres son candidatos para asistir al taller, se les evaluará el nivel de estrés que presentan tras el acontecimiento sísmico.

- Escala de estrés percibido (PSS) de Cohen, Kamarck y Marmeistein (1983), versión para México de Gonzales & Landero (2007).

La Escala de Estrés Percibido PSS, (Gonzales & Landero, 2007) es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0= nunca,

1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= a menudo, 4= muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0= 4, 1=3, 2=2, 3=1 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

La Escala de estrés percibido (PSS) fue validado en México con una muestra de 365 participantes entre los cuales el 20.5% eran hombres y el 79.5% eran mujeres del cual se obtuvo un nivel de confiabilidad del 87% por medio de instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas, teniendo una consistencia interna y validez convergente. Este instrumento tiende a percibir los daños emocionales que prevalecen en las personas afectadas tras un acontecimiento traumático y sus posibles consecuencias a nivel emocional.

#### **4.5 Procedimiento**

El proceso que se realizó, para elaborar la siguiente propuesta de intervención para disminuir el estrés agudo en padres de familia tras la vivencia de un sismo, se presenta en 4 etapas:

La primera etapa consistió en la búsqueda, recopilación y selección de documentos referentes al contexto teórico de Terapia Breve y la relación de éste en el contexto familiar, específicamente sobre desastres naturales. Se inició con la búsqueda de libros, artículos, documentos web y tesis, utilizando indicadores (tanto en español como en inglés) como:

- Desastres naturales (Sismos).
- Tipos de estrés en familia.
- Tipos de intervención ante un desastre natural.
- Investigación de pruebas psicológicas para la medición de estrés.

Posteriormente se hizo la revisión de dichos materiales, llevando a cabo un sondeo para separar los documentos que pudieran ser útiles de aquellos que no. En caso de que algunas de las fuentes consultadas derivarán en más fuentes documentales, se procedió a recopilarlas y a pasar por el mismo procedimiento de sondeo para descartar aquellos documentos que no fueran de utilidad.

Para realizar la recopilación de los documentales fue necesario hacer la búsqueda en diferentes acervos, teniendo como criterio los indicadores ya mencionados; los acervos de consulta pueden ser los siguientes:

- Biblioteca Central, UNAM.
- Biblioteca de la Facultad de Psicología, UNAM

Así mismo se hizo una búsqueda electrónica sin límite temporal en las siguientes plataformas digitales:

- UNESCO
- OMS
- INEGI
- Biblioteca de la Facultad de Psicología UNAM

La segunda etapa consistió en la síntesis y captura de la información arrojada por las fuentes documentales revisadas. Se leyeron todos los documentos encontrados y se resumieron, resaltando las ideas principales de cada texto, enfocando estas en los siguientes aspectos:

Tema	Ideas enfocadas en:
Desastres (Sismos)	Naturales Concepto. Tipos. Afectaciones y estadísticas.

Tipos de Estrés	<p>Conceptos de estrés e implicaciones en la formación y desarrollo de esta.</p> <p>Causas y consecuencias.</p> <p>Implicaciones para el manejo de este problema.</p>
Tipos de Intervenciones ante un desastre natural.	<p>Conocimiento de estrategias para el afrontamiento ante un desastre natural</p> <p>Técnicas y modelos para su resolución</p>

Tabla 3. Rubros principales en los que se centraron las ideas principales de la investigación.

La tercera fase consistió en la concentración y síntesis de la información recabada (redacción de los capítulos). Ya con la información sintetizada, ésta se organizó por temas principales, los cuales fueron establecidos con base en los indicadores, buscando una secuenciación lógica a cada tema.

Finalmente, la cuarta etapa consistió en la planeación de la propuesta, para esto se consultaran los siguientes autores como De Shazer (1999), Aliaga (2000), Vera (2001), que explican algunas de las necesidades específicas que se deben de tomar en cuenta ante un desastre natural hablando de sismo y así mismo algunas de las herramientas que deben de utilizarse para la intervención de este en las personas afectadas, para promover su bienestar psicoemocional.

Contemplando lo anterior se diseñó una propuesta de intervención para disminuir el estrés agudo en las familias que han sido víctimas de un suceso de tal magnitud hablando de sismo, y de esta forma intervenir para promover su desarrollo socio-emocional, así pues, esta propuesta de intervención consta de una plática introductoria y de 6 sesiones de intervención. en la plática introductoria y en la última sesión se aplicará la Escala de Estrés Percibida PSS, de Gonzales & Landero, (2007) en forma grupal y posteriormente se iniciará con la intervención.

La plática introductoria se realizará una semana antes de dar comienzo con la intervención, tendrá una duración de 30 minutos donde se les explicará a los participantes el objetivo que tiene la intervención, quien la llevará a cabo (2 terapeutas y un observador), el total de sesiones, duración, y los temas a tratar. De igual manera se les aplicará a los participantes la escala de estrés percibida PSS. (Ver figura 1).

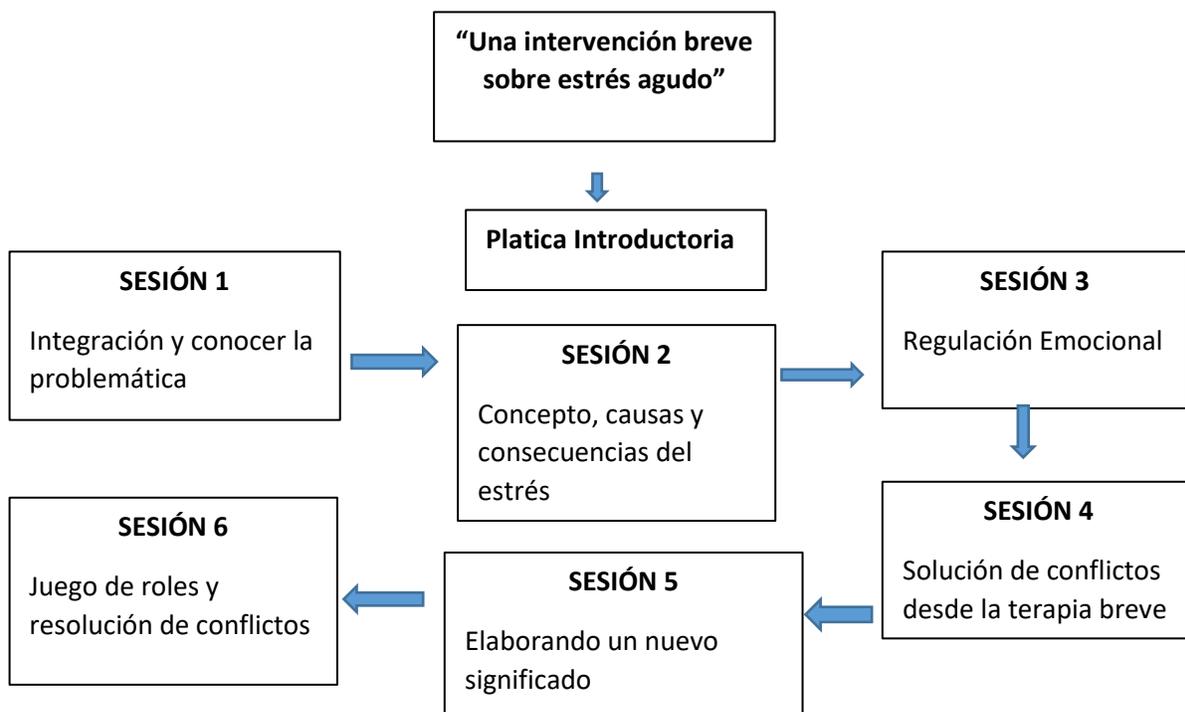


Figura 1. Esquema del plan de trabajo para la propuesta de intervención, con los padres de familia.

#### 4.6 Cartas descriptivas

**“Una intervención breve sobre estrés agudo”**

**Sesión:** 1

**Duración:** 90 minutos

**Objetivo:** Conocer la problemática de cada miembro del grupo.

<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y encuadre.	Presentación de los terapeutas.  Establecimiento de encuadre.	Al entrar al lugar se colocará una mesa con etiquetas y plumones para que tomen una y escriban su nombre. Tomarán asiento (estarán sentados en círculo) y comenzaremos con la bienvenida a los padres de familia y los terapeutas se presentarán y explicarán su función dentro del grupo.  Se realizará un encuadre donde se expondrá la importancia de su asistencia, constancia y compromiso.	Sillas Etiquetas Plumones Pizarrón	15 minutos
Integración	Conocer a cada uno de los miembros del grupo y su problemática, mediante una dinámica de presentación.	VER ANEXO 2	Sillas	30 minutos
Conocer la problemática	Cada integrante expondrá la situación por el cual está en el grupo.	Se pedirá a cada participante de forma voluntaria que explique la problemática por la cual decidió asistir al grupo y las expectativas que tiene sobre el mismo.	No Aplica	30 minutos

Cierre de sesión	Resumen de la sesión.	<p>Posteriormente uno de los terapeutas (observador) resaltara los aspectos más importantes de la sesión.</p> <p>Y comentará la importancia que existe, de tratar estos temas y la forma más sutil y adecuada de trabajarlos.</p> <p>Para finalizar el terapeuta le entregará a cada miembro del grupo una hoja en blanco donde se les pedirá que anoten la emoción que sintieron al hablar de su problemática de estrés y por último la emoción que sienten al finalizar la sesión.</p> <p>Esto con el fin de percibir y detectar las emociones que prevalecen en los miembros de grupo.</p> <p>Se subraya la importancia de la asistencia a la siguiente sesión.</p>	<p>Hojas en blanco</p> <p>Bolígrafos</p>	15 minutos

**“Una intervención breve sobre estrés agudo”**

**Sesión:** 2

**Duración:** 90 minutos

**Objetivo:** Definir el estrés y sus causalidades, así como su funcionalidad y disfuncionalidad en el entorno y disminuir el de estrés generado tras los acontecimientos de trauma, por medio de técnicas de relajación.

<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y recordar lo visto en la sesión anterior	Resumen de lo visto en la sesión anterior.	Al entrar al lugar se les dará la bienvenida a los participantes, se les dará una hoja blanca y un plumón para que en ella escriban el o los aprendizajes que adquirieron en la sesión anterior.  Posteriormente se hablará de cada uno de los aprendizajes que se obtuvieron en cada uno de ellos.  Y se reflexionará sobre dichos aprendizajes.	Sillas Hojas blancas Plumones.	15 minutos
Aprendiendo a respirar	Se realizara una técnica de relajación para disminuir los niveles de estrés.	VER ANEXO 2	Espacio amplio Tapetes Grabadora	20 minutos
Concepto, causas y consecuencias del estrés.	Definir la importancia del estrés.  Conocer las causas del estrés.  Conocer las consecuencias del	Posteriormente se les pedirá que se sienten sobre los tapetes, para que puedan reflexionar sobre las propias experiencias de vida de cada uno y la manera de cómo actúan ante cierta situación. Y de esta manera se hace un énfasis en la forma de cómo reaccionaron ante el acontecimiento del sismo.  E Identificarán la funcionalidad y disfuncionalidad que el	Espacio amplio Sillas Música de relajación	35 minutos

	estrés.	estrés manifiesta en cada una de sus problemáticas y la forma de cómo actúan ante ciertos conflictos emocionales y el cómo actúan ante un sismo.		
Cierre de la sesión.	Resumen de la sesión	<p>El terapeuta comentará los aspectos más importantes de la sesión.</p> <p>Para finalizar se les proyectará un video titulado "Acuérdate de soltar el vaso" <a href="https://www.youtube.com/watch?v=UfQfLF_2Roo">https://www.youtube.com/watch?v=UfQfLF_2Roo</a> con el cual se deja el mensaje de reflexión. Y se subraya la importancia de asistir a la siguiente sesión.</p>	<p>Computadora Proyector Pizarrón blanco Video</p>	20 minutos

**“Una intervención breve sobre estrés agudo”**

**Sesión:** 3

**Duración:** 90 minutos

**Objetivo:** Reflexionar sobre las necesidades afectivas y las relaciones emocionales con la familia y con el entorno.

<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y recordar lo de la sesión anterior.	Realizar una dinámica de autoconfianza y recordar los temas vistos en la sesión anterior.	VER ANEXO 2	Espacio amplio	15 minutos
Reconocimiento de emociones	Los integrantes reconocerán y detectarán cada emoción que existe.	VER ANEXO 2	Papelitos de papel de colores Urna de cristal Pizarrón Plumones	35 minutos
Regulación Emocional	Reflexionar sobre la influencia de las emociones en el estrés personal.	Después del reconocimiento de cada una de las emociones, se le pedirá a cada uno de los participantes que describan las diferentes emociones que han sentido durante y después de un sismo. Dándoles un nombre a cada emoción, comentando por qué se sienten así y con quién.  Por consiguiente, se invitará a realizar una pequeña reflexión sobre la influencia que emerge cada emoción en la vida cotidiana de cada uno de ellos a nivel psicológico, social, familiar y de salud.	Espacio amplio Sillas Proyector Video Pizarrón Blanco	30 minutos

		Se proyectará un video titulado "Mis emociones" sobre la importancia que tiene el conocer, sentir y manifestar las emociones en cada situación de la vida cotidiana.		
Cierre de sesión	Resumen de la sesión	Finalmente se comentará grupalmente sobre las diferentes formas de vivir las emociones después de un evento estresante.  Se invitará a la reflexión sobre los temas abordados.	No aplica	10 minutos

**“Una intervención breve sobre estrés agudo”**

**Sesión:** 4

**Duración:** 90 minutos

**Objetivo:** Conocer e interpretar el significado personal del evento estresante desde la terapia breve.

Tema	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida y Resumen de la sesión anterior.	Se realizará una dinámica de animación y se recordará los temas de la sesión anterior.	<p>Se les dará la bienvenida a los participantes y al entrar se le pedirá que se sienten sobre el suelo formando un círculo.</p> <p>Donde se les pedirá que piensen cada uno en un adjetivo para describir cómo se sienten y cómo están. El adjetivo debe de empezar con la misma letra que sus nombres; Por ejemplo, “Soy Fernando y estoy feliz” o “Soy Inés y me siento increíble”.</p> <p>Al pasar todos los participantes, por medio de lluvia de ideas comentarán los aprendizajes adquiridos de la sesión anterior.</p>	Espacio amplio Sillas Pizarrón Blanco	15 minutos
Solución de conflictos desde la terapia breve	Examinar el significado de los eventos estresantes.	VER ANEXO 2	Espacio amplio Sillas Pizarrón	50 minutos
Cierre de sesión	Dinámica de relajación y resumen de la sesión.	VER ANEXO 2	Espacio amplio Sillas Grabadora	25 minutos

**“Una intervención breve sobre estrés agudo”**

**Sesión:** 5

**Duración:** 90 minutos

**Objetivo:** Conocer e identificar prácticas de resolución de conflictos.

Tema	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>Bienvenida y resumen de la sesión anterior.</p>	<p>Compartiremos en el grupo cómo se han sentido hasta ese momento y si han logrado poner en práctica algunas estrategias de lo que se ha venido trabajando.</p> <p>Así mismo identificarán las emociones que tienen en ellos compartiéndolas en el grupo (no se calificarán o se etiquetarán si no que deberán identificar y describir sus emociones).</p>	<p>Se les dará la bienvenida a los padres de familia y comenzaremos a preguntar cómo se sienten hasta ahora, tratarán de describir sus emociones, sólo describirlas para poder darles, posteriormente un nombre, e ir identificando cuándo y porque se sienten así.</p> <p>Las emociones las identificarán con un dado, el cual tendrá impresas las emociones básicas como: enojo, tristeza, alegría, miedo y amor. Cada participante lanzará el dado y narrará alguna situación de su vida familiar, social o personal, que se haya identificado con la emoción asignada, y comentará la forma de cómo reaccionó y que quisiera modificar ante esa situación. Esto ayudará a identificar cuándo, porqué y cómo me siento ante ciertas circunstancias y cómo puedo modificarla. Para ser</p>	<p>Espacio amplio Sillas Música Grabadora Pizarrón Plumones para pizarrón Dado de hule de espuma (grande) con las emociones impresas.</p>	<p>30 minutos.</p>

		empático con sus emociones Se reflexionará sobre dichos aprendizajes.		
Elaborando un nuevo significado.	Se plantearán diferentes situaciones, las cuales algunos ya habrán pasado por ellas o no y los participantes tendrán que dar una solución de acuerdo a su criterio  En grupo se descubrirá el beneficio que puede tener la experiencia de un evento estresante.	VER ANEXO 2	Espacio amplio Mesa Fichas de trabajo Pizarrón Plumones para pizarrón	45 minutos
Cierre de sesión	Se formara un circulo para proyectarles un video titulado: "solo respira" <a href="https://www.youtube.com/watch?v=z1aem6_6o88">https://www.youtube.com/watch?v=z1aem6_6o88</a>  Para reflexionar sobre el control de emociones y de la importancia de estas para la resolución y resignificación de problemas.  Y finalmente se resumirá, todo lo que se habló durante la sesión.	Observaremos un video llamado "sólo respira"  Se realizará un pequeño resumen de lo que se habló durante la sesión.  Cada participante se ira despidiendo con una frase positiva, por ejemplo; soy optimista, soy trabajador, soy importante etc.  Al final se les pedirá un aplauso para todos y nos daremos la mano.	Cañón Computadora Video	15 minutos

**“Una intervención breve sobre estrés agudo”**

**Sesión:** 6

**Duración:** 90 minutos

**Objetivo:** Resignificar los eventos estresantes.

<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y resumen de las sesiones anteriores.	Mencionará cada uno de los participantes los avances que han tenido durante cada sesión y se les pedirá que se den un aplauso ellos mismos por los logros obtenidos.	Se dará la bienvenida a cada participante.  Por medio de lluvia de ideas los participantes comentarán los aprendizajes o avances que han tenido durante cada sesión.  Y se hará una reflexión sobre dichos aprendizajes.	Espacio amplio Sillas	15 minutos
Juego de roles y resolución de conflictos	Los padres de familia actuarán situaciones simuladas, poniendo en práctica lo aprendido en la intervención.  Y se reflexionará sobre las mejores prácticas de resolución de conflictos.	VER ANEXO 2	Espacio amplio Fichas (en cada una de ellas, estará escrito una situación de estrés).	40 minutos
Evaluación	Aplicación de instrumento posterior a la	VER ANEXO 1	Cuestionario de evaluación Lápiz o pluma	20 minutos

Grupal	intervención, en forma grupal.			
Cierre Grupal y despedida	<p>Se reflexionara sobre el video titulado “El jabón” <a href="https://www.youtube.com/watch?v=gQxpPKJW5ww">https://www.youtube.com/watch?v=gQxpPKJW5ww</a></p> <p>El cual consiste sobre las diferentes posibilidades que tenemos para la solución de problemas y motivación personal.</p> <p>Resumen general.</p> <p>Despedida.</p>	<p>Se les mostrará un video titulado “El jabón”.</p> <p>Se comentará colectivamente sobre lo aprendido en el grupo.</p> <p>Se les agradecerá a los padres de familia su asistencia, participación y sobre todo el interés que demostraron en toda la intervención para el manejo de estrés presentado ante la situación de conflicto que manifestaban en un principio tanto para su persona como su familia.</p> <p>Se resaltarán las posibles expectativas de solución trabajadas durante la intervención.</p> <p>Nos daremos un fuerte aplauso.</p> <p>Y finalizaremos con la siguiente frase:</p> <p><i>“La vida es ésta, nada es fácil , nada es imposible”</i></p>	Cañón Computadora Video	15 minutos

## **ALCANCE Y LIMITACIONES**

Al realizar este trabajo se puede inferir que tras la vivencia de un evento traumático y catastrófico como lo es un sismo pueden prevalecer sentimientos y emociones negativas en las personas, tales como angustia, miedo, enojo, tristeza, ira, temor, entre otras; y de esta manera genere un estado de estrés agudo o postraumático en la vida de cada individuo lo cual, puede interferir en su desarrollo emocional, social, afectivo y de salud.

De tal modo, los alcances de este proyecto de trabajo es tratar los efectos psicológicos que arroja éste tipo de acontecimientos, y con ello, saber confrontarlos para conseguir un mejor bienestar a nivel físico y de salud en toda la comunidad afectada, después de haber vivido una situación de tal magnitud.

Por ello mismo, se sugiere trabajar una intervención basada en terapia breve utilizando la técnica narrativa, la cual ayuda a disminuir los niveles de estrés generados en las personas tras la vivencia de un evento traumático o catastrófico, y de esta manera permite a los individuos confrontar sus emociones y que ellos mismos aprendan a regularlas y darles sentido a lo que están viviendo, y de esta forma puedan reexperimentar nuevamente sus experiencias. Así mismo esta técnica ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema de sus vidas.

Esta técnica suele ser muy rápida y eficaz ante cualquier situación de índole emocional, en la que se vea expuesta cualquier persona ante un conflicto emocional y de igual manera es muy importante ya que gracias a ella se puede dar una resolución efectiva y congruente para la resolución psicoemocional presentada por un individuo tras una situación de emergencia.

Tras los casos que se han venido presentados en los últimos años ha existido altos grados de tensión en las personas afectadas de regulación emocional es decir, con problemas de estrés donde es conveniente tratar a nivel psicológico tal situación, para ello, es importante el papel que representa el área psicológica ante esta situación, donde es prescindible que el psicólogo trate los estados emocionales que emergen en cada persona con un nivel de profesionalismo pertinente y ético.

Es importante resaltar que para poder tener éxito en la disminución de grados de estrés en las personas, se lleve a cabo una intervención psicológica especializada, ya que la labor contribuye a que se lleve a cabo una intervención inmediata ante una situación de crisis, para poder evitar trastornos emocionales graves como por ejemplo, el trastorno de estrés agudo o postraumático, para ello es conveniente que el especialista en este caso el psicólogo tenga la formación pertinente y brinde el apoyo necesario para disminuir los estados emocionales que pudieran llegar a presentar un individuo tras un evento traumático.

De tal manera, es conveniente que los psicólogos cuenten con las herramientas necesarias para trabajar este tipo de problemas ante tal impacto psicológico, por lo que debe poseer un equilibrio emocional, una capacidad de autocontrol, una resistencia a la fatiga de tipo psicológica y física, debe tener habilidades sociales tales como empatía, comprensión y escucha, capacidad de adaptación y flexibilidad, tolerancia a la frustración, capacidad en la toma de decisiones en situaciones de presión y estrés elevado, capacidad de evaluación, planificación disciplina y responsabilidad. Tales características son las que un profesional de psicología debe emplear y manifestar ante una persona que muestre rasgos de inestabilidad emocional, para con ello, poderla ayudar y de esta manera prevenir cualquier situación de riesgo que la persona pueda tener.

El apoyo que puede dar un psicólogo ante una problemática de este tipo como se ha venido hablando, puede ser de forma colectiva e individual dependiendo del tipo de población afectada, lo que permite dar una eficaz intervención psicológica para las personas afectadas, brindando un apoyo psicológico pertinente y efectivo, para de esta manera prevenir el aumento de sufrimiento en las personas y que estas agraven su situación emocional.

La intervención que se estipula durante este trabajo es el aliviar y disminuir los cuadros de estrés y sufrimiento que presentan los individuos, y de esta manera acelerar su recuperación para prevenir secuelas psíquicas hacia un trastorno de estrés postraumático.

La rama de la psicología juega un papel muy importante para poder contrarrestar este tipo de problemáticas en los seres humanos que se han visto envueltos en situaciones devastadoras como lo fue el suceso del sismo pasado, dado que la psicología estudia las reacciones de los individuos antes, durante y después de una situación de desastre o emergencia. Se orienta hacia la implementación de estrategias de intervención psicosocial con el objetivo de prevenir, optimizar la alerta y reducir las respuestas disfuncionales durante el impacto de tal fenómeno posibilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción de la vida de cada persona afectada.

Por consiguiente, en este trabajo se elaboró una propuesta de intervención basada en estrés agudo tras un desastre natural (sismo) del cual se desarrollan diferentes actividades para que los participantes puedan disminuir su estrés mediante las técnicas utilizadas en las sesiones terapéuticas. De tal modo, que el participar durante dicha intervención los ayudará a encaminar un mejor bienestar físico y psicológico en ellos.

Cabe mencionar que en los últimos años se han producido una serie de acontecimientos catastróficos para la humanidad, enfatizando en sismos, que hoy en día suelen presentarse en cualquier momento y eso contribuye a que la población entre en un estado de alarma, por ello mismo el ámbito de los tratamientos psicológicos disponen de numerosos tratamientos basados en la evidencia para disminuir los grados de alteraciones emocionales en las personas afectadas tras estos actos. Sin embargo aún queda mucho por hacer en relación a la eficacia fructífera de utilizar las técnicas y métodos a trabajar que puedan contribuir a mejorar la eficacia de estos tratamientos. Ya que existen ambientes virtuales eficaces para el tratamiento de pacientes que han padecido diferentes acontecimientos traumáticos, sin embargo esta lógica tiene ilimitaciones importantes ya que es necesario contar con diversos ambientes virtuales para tratar diferentes situaciones traumáticas. Para ello se ha diseñado esta propuesta de intervención utilizando como método la terapia breve que en conjunto se trabajaría con la técnica narrativa, para que con ella se puedan desarrollar diferentes mundos perceptivos de la realidad en cada problema.

Ya que este modelo es capaz de adaptarse de modo dinámico a las necesidades de cada persona independientemente del tipo de reacción traumática que haya sufrido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alternativas en Psicología. Órgano de Difusión Científica de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C. UNAM, Fez Iztacala 2012. Vol. 2. Págs. 17 – 24.
- Aliaga, A. (2001). Teoría de los Desastres. *Oficina de defensa Nacional del MINSA*.
- Bala, J. (2006). Un Manual para Terapeutas y Orientadores “La integración de la terapia experimental y la terapia breve”. *Editorial Desclée de Brouwer , S.A.*
- Bellak & Small. (1988). Psicoterapia Breve y de Emergencia. *Editorial Pax México*. Segunda Edición. Págs. 32 – 79.
- Calzada, R., & Oliveros, D. (2002). Trastorno por Estrés Agudo. Presentación de un Caso. *Revista Iberoamericana*. Edición 2. Págs. 24 - 31.
- Camargo, M. (2010). Revista Medico Científica Editora. Dra. Blasina S. de Sc. D.C.B. Estrés, Síndrome General de Adaptación o Relación General de Alarma. Panamá. Vol. 17. Número 2.
- Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED, 2017). Recuperado de: [www.cenapred.gob.mx/es/Transparencia/FAQ/Actadeinexistencia0413000006709.pdf](http://www.cenapred.gob.mx/es/Transparencia/FAQ/Actadeinexistencia0413000006709.pdf) (Consultado el 24/03/18).
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. CONICET (2006). Recuperado: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttct&pid=S0718](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttct&pid=S0718)
- Crespo, M., & y Gómez, M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) *Accesit de la XVIII Edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2011*.
- De Shazer, S. (1999). Terapia Breve Centrada en Soluciones. *Barcelona: Gedisa*.
- Diane, E., Papalia & Wendkos, (2000). *Psicología Infantil* (Naucalpan de Juárez: Mc. Graw – Hill, 2000), 370 – 371.
- Diccionario de la Universidad de Jaume I, (2007). Castellano de la Plana.

- Dolan, S. (2004). *Autoestima, Estrés y Trabajo*. McGraw - Hill, Madrid.
- Ducrocq, F., & Jehel, L. (2014) Trastornos Psicotraumaticos. *Tratado de Medicina*. Vol. 18 Núm. 3.
- Estrada, A., & Buitrago, C. (2016). Recursos Psico- Sociales para el Estrés – Conflicto. (PDF versión 2016).
- Ezequiel, B. (2009). Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, *Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica “Las Psicoterapias”*. Vol. 1, núm. 1, abril, 2009, pp. 1-9. Buenos Aires, Argentina.
- Figueroa, R., Marín., & González, M. (2010). Apoyo Psicológico en Desastres; Propuesta de un Modelo de Atención Basado en Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis. *Revista Médica de Chile*, 138, 143,150.
- Galindo, E. (2010). Intervención de Psicólogos de la UNAM Iztacala después de los sismos de 1985 en México. *Editorial Amapsi*. Edición Conmemorativa.
- García, F. (2013). *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y Aplicaciones*. Santiago: RIL. Editores, 2013. Págs. 486
- García, R., Beltrá G., & Valero. (2007). *Psicología y Desastres; Aspectos Psicosociales. Castello de la Plana*. Publicaciones de la Universidad Jaume I. DL 2007.
- González, M.T. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from México. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199 – 206. Recuperado de: [file:///C:/Users/FaPsi%20Pos%20SC1/Downloads/459-2131-1-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/FaPsi%20Pos%20SC1/Downloads/459-2131-1-1-PB%20(2).pdf)
- Gutiérrez, B., & Sarmiento, V. (2001) *Intervención en Crisis y desastres*. Recuperado de: <https://www.pdf.um.es/eglobal/article/view/603/625>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017). Recuperado de: [www.inegi.org.mx//2UNAM%20%20Grupos%20vulnerables\\_10\\_50\\_carlos...Gutierrez](http://www.inegi.org.mx//2UNAM%20%20Grupos%20vulnerables_10_50_carlos...Gutierrez)
- Instituto Nacional de Psiquiatría (2002). Recuperado de: [www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm38s01/sm38s0101.pdf](http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm38s01/sm38s0101.pdf)
- Jarero I., & Artigas L. (2013). El tratamiento EMDR. *Integrative Group*. Págs. 1 -8.

- Jarero, I. (2011). Estándares de la Práctica de la Psicotraumatología. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 1 Núm. 1. 2011. Págs. 1 – 21.
- Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M., & Miranda, A. (2013). Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Para profesionales: Un estudio Aleatorio Controlado con estándares. México. 1 Edición.
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., & Miranda, A. (2014). Intervenciones Humanitarias para la Recuperación del Trauma con Terapia EMDR en Latinoamérica y el Caribe. *Journal of EMDR Practice and Research*. Vol. 9 Núm. 2. 2015. Págs. 1 – 10.
- Losada, P. (2004). Función y Perfil Profesional del Psicólogo como recurso humano en catástrofes. Presentado en 15 Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud.
- Losada, P. (2006). Congreso Regional de la Asociación de Psiquiatría Mundial. La Habana, Cuba. Presentado el 31 de Marzo del 2006. Intervención de Salud Mental tras un Tsunami del 2005.
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5. Arlington, VA, *American Psychiatric Association*. Editorial Médica Panamericana. 5 Edición 2013.
- Martinez, A. (2012). *La Naturaleza como Guía de Vida, las Psicoterapias Narrativas*. Universidad Carlos Albizu, Ciencias de la Educación. Vol. 27 Núm. 1. Págs. 81 – 102.
- Miller, J. (2000). *Post – traumatic stress disorder in primary care practice*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners Nov; 12 (11), pp, 475 – 485.
- Naranjo, P. (2009). *Una Revisión Teórica Sobre el Estrés y Algunos Aspectos Relevantes de éste en el Ámbito de la Educación*. Editorial Trillas. 2009. Págs. 171 - 175.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) 2017. *Health For All When a Disaster Strikes*. Vol.2. Ginebra: OMS/EPR.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Los desastres Naturales y la Protección de la Salud*. Publicación Científica. No. 575. Washington, P.C., E.U.A.

- Oros, L., & Vogel, G. (2005). *Eventos que generan estrés en la infancia; diferencias por sexo y edad. Enfoques XVII (1), 85– 110.* (Fecha de Consulta 9 de Marzo de 2019). ISSN: 1514 – 6006. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=259/25917106>
- Parrada, E. (2008). *Psicología y Emergencia “Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia”.* Editorial Desclée de Brouwer. S.A., 2008.
- Pineda, C., & y López, W. (2010). *Atención Psicológica Postdesastres: Más que un “Guarda la Calma”. Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención.* Terapia Psicológica, 28 (2), 155 – 160.
- Saldaña, J. (2014). *Trauma, Personalidad y Resiliencia. Una Visión Aproximada desde la Psicoterapia Breve Integrada. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.* Vol. 4 Núm. 3. 2014.
- Szprachman, R. (2003). *Terapia Breve “Teoría de la Técnica”.* Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.
- Trianes, M. (2002). *Niños con Estrés.* Madrid, España: Narcea.
- Valero, S. (2009). *Psicología en Emergencia y desastres, una nueva especialidad.* Núm. 4. 2009.
- Vera, I. (2001). El perfil del psicólogo en la intervención inmediata. *Revista de protección Civil.* Vol. 2. Pág. 8.
- Vidal, F. (2006). Los terremotos y sus Causas. *Instituto Andaluz de Geofísica y Prevención de Desastres Naturales.* Vol. 2. Págs. 52 – 74.
- Villalobos, A. (2009). Intervención en Crisis en Situaciones de desastre: Intervención de Primera y Segunda Instancia. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* LXVI (587) Págs. 5 – 13.
- Watzlawick, G. (1997). *Terapia Breve Estratégica “Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad” Paidós.* Barcelona, Buenos Aires, México. 2000.
- Yanes, J. (2009). El control del Estrés y el Mecanismo del Miedo. *Editorial EDAF, S.L.* 2 Edición.

# **ANEXO 1**

# **Instrumento**

**Escala de estrés percibida (PSS) de Cohen, Kamarck y Marmelestein (1983), versión para México de Gonzales y Landero (2007).**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Esta escala tiene como objetivo conocer el nivel y manejo de estrés que manifiestan los padres de familia tras un acontecimiento traumático.

Deberá marcar con una "X" sobre el cuadro que representa mejor la frecuencia con la que lleva a cabo esa conducta, tomando en consideración que entre más grande y más cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que siempre realiza esa conducta.

Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.  Durante el último mes:	N U N C A	C A S I N U N C A	D E V E Z E N C U A N D O	A M E N U D O	M U Y A M E N U D O
E1. ¿Con que frecuencia has estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
E2. ¿Con que frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?					
E3. ¿Con que frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?					
E4. ¿Con que frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
E5. ¿Con que frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					

E6. ¿Con que frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?					
E7. ¿Con que frecuencia has sentido que las cosas te van bien?					
E8. ¿Con que frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?					
E9. ¿Con que frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?					
E10. ¿Con que frecuencia has sentido que tienes el control de todo?					
E11. ¿Con que frecuencia has estado enfadado/a por que las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?					
E12. ¿Con que frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?					
E13. ¿Con que frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?					
E14. ¿Con que frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?					

# **ANEXO 2**

## **Procedimiento de las actividades**

<b>SESIÓN 1:</b> Una intervención breve sobre estrés agudo	<b>TEMA:</b> Integración
<b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:</b> Dinámica 1. “Canasta revuelta”	
<p>Dinámica 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se les invita a los padres de familia a sentarse formando un círculo con sillas. (el número de sillas debe ser una menos con respecto al número de integrantes).</li> <li>2. Se les designa a cada participante el nombre de una fruta. Estos nombres se repiten varias veces asignando a la misma fruta a varias personas.</li> </ol> <p>Enseguida se explica la forma de realizar el ejercicio: el terapeuta empieza diciendo; cada vez que se dice el nombre de una fruta, las personas que ha recibido ese nombre cambian de asiento (el que al iniciar el juego se quedó de pie intenta sentarse), pero si en el relato aparece la palabra “canasta”, todos cambian de asiento. La persona que en cada cambio queda de pie se presenta diciendo (nombre, oficio o profesión, cuántos hijos tiene). La dinámica se realiza varias veces, hasta que todos se hayan presentado.</p>	

<b>SESIÓN 2:</b> Una intervención breve sobre estrés agudo.	<b>TEMA:</b> Aprendiendo a respirar
<b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:</b> Dinámica 1. “Técnica de relajación”	
<p>Dinámica 1.</p> <p>Se trabajará una técnica de relajación donde los participantes aprenderán a respirar con el diafragma. Para ello se utilizará una música de fondo de meditación y relajación.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se les pedirá a los participantes que se acuesten sobre unos tapetes que estarán colocados en el piso. Con la consigna de que cierren sus ojos y presten atención a su respiración (2 minutos).</li> <li>2. Al termino se les indicará que abran sus ojos y vean hacia arriba manteniendo una postura recta, que coloquen su mano derecha sobre su abdomen y la mano izquierda sobre su pecho. Durante 30 segundos y que presten atención hacia como la respiración hace que estas dos zonas se muevan.</li> <li>3. Se les indicara que el hecho de que el pecho se mueva más que el abdomen es un signo de respiración superficial, por lo que hace que en muchas ocasiones nos falte el oxígeno.</li> </ol>	

- Después se les pedirá que guíen su respiración a la mano donde reposa el abdomen, para conseguirlo se les indicara que inhalen profundamente por la nariz durante 5 segundos y mantengan el aire en la zona del abdomen y después exhalen por la boca durante 5 segundos.

Se proyectara un video titulado “Acuérdate de soltar el vaso”  
[https://www.youtube.com/watch?v=UfQfLF\\_2Roo](https://www.youtube.com/watch?v=UfQfLF_2Roo)

<p><b>SESIÓN 3:</b> Una intervención breve sobre estrés agudo.</p>	<p><b>TEMA:</b> Reconocimiento de emociones</p>
<p><b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:</b></p> <p>Dinámica 1. “Autoconfianza”</p> <p>Dinámica 2. “Reconocimiento de Emociones”</p>	
<p>Dinámica 1.</p> <p>Se trabajará con los padres de familia una dinámica de “Autoconfianza” para que puedan integrarse mejor al grupo y manejen una mejor comunicación asertiva entre ellos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se les pedirá a los participantes que formen un círculo, donde deberán abrir un poco sus piernas y darse las manos, se separan de tal manera que los brazos queden bien estirados.</li> <li>Se enumerará a los participantes con los números uno y dos. Las personas con el número uno irán hacia adelante y las personas con el número dos hacia atrás. Es importante que los participantes vayan hacia adelante o hacia tras, despacio hasta lograr un punto de equilibrio.</li> <li>Al término de la dinámica se realizaran unas preguntas a los participantes para que compartan su experiencia y asimilen lo aprendido. Por ejemplo, ¿Notaste alguna dificultad? ¿Cómo representarías lo aprendido en la vida real a la hora de confiar?</li> <li>Cada participante comentará sobre lo aprendido y al mismo tiempo se ira enlazando con lo visto anteriormente.</li> </ol> <p>Dinámica 2.</p> <p>Se realizará una dinámica de reconocimiento de emociones, donde cada participante tomará de una urna un papelito donde vendrá anotada una emoción, por ejemplo; Tristeza, alegría, enojo, miedo, angustia, aburrimiento, sorpresa, vergüenza, admiración y confianza. El participante tendrá que escenificar esa emoción por medios de gestos.</p>	

El grupo restante de participantes tendrá que adivinar a que emoción se refiere.

Y se irán anotando cada una de ellas en el pizarrón para después comentar cada una de ellas y en qué momento de la vida cotidiana regularmente se presentan.

**SESIÓN 4:** Una intervención breve sobre estrés agudo

**TEMA:** Solución de conflictos desde la terapia breve.

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:**

Técnica 1. "Técnica Narrativa"

Dinámica 1. Relajación Emocional

Se trabajará la técnica narrativa con los participantes donde se les asignaran preguntas para sensibilizarlos con el objetivo de que ellos mismos puedan encontrar posibles soluciones ante su inestabilidad emocional de estrés generado tras el acontecimiento sucedido.

Algunos ejemplos serian:

¿Qué ha significado para ti el sismo y de qué manera te ha cambiado en tu aspecto emocional?

¿Crees que lo sucedido te impida volver a estar en un estado de tranquilidad emocional?

¿Qué harías para alcanzar un nivel de tranquilidad y cómo?

De la manera que se va desarrollando el tema se irán incorporando nuevas preguntas, y cada participante irá reflexionando sobre cada una de ellas.

De esta manera se discutirá de forma objetiva el significado del evento estresante.

#### Dinámica. 1

Se realizará una dinámica de relajación donde se les pedirá a los participantes que se sienten en una posición cómoda con los antebrazos apoyados en los muslos y las piernas ligeramente separadas, apoyando los pies en el suelo. Al mismo tiempo deberán cerrar los ojos y tratar de concentrarse en las palabras que se irán diciendo. Para ello se utilizará una música de fondo.

Pasos a seguir:

1. Se comenzará a decir en un tono de voz suave y monótona y con un ritmo suave: "Aflojen los músculos del brazo izquierdo, los músculos del brazo izquierdo comienzan a relajarse poco a poco, se tornan blandos, flojos, suaves, sueltos, relajados... poco a poco se van tornando pesados cada vez más pesados...el brazo izquierdo se torna pesado, pesa, pesa más, y más, y más".
2. Se observará que los miembros del grupo se hallan concentrado y se continuara diciendo: "Todos los músculos del cuerpo están relajados, flojos, los brazos, las piernas, el cuello, los hombros, la espalda, el tronco, el abdomen,... se sientan relajados, tranquilos, agradablemente relajados y tranquilos, cada vez más relajados y tranquilo... los brazos se van tornando caliente, cada vez más caliente, agradablemente caliente, se tornan pesado, cada vez más pesado, cada vez más pesado, esta sensación de calor y peso se va transmitiendo a las piernas las piernas se van tornando calientes y pesadas, cada vez más calientes y pesadas, cada vez se sienten más tranquilos, más suaves, agradablemente relajados".
3. Una vez lograda la relajación, el profesional dirá: "En la medida en que cuente hasta tres, sus músculos se irán recuperando poco a poco, abrirán los ojos y seguirán tranquilos y relajados. Uno, dos y tres".
4. Al finalizar la actividad se le pedirá a cada participante que explique cómo se sintió durante el ejercicio. Por consiguiente se hablara del significado que para uno ha tenido el evento estresante. Y se invitara a la reflexión sobre los aspectos relevantes en la vida personal del evento estresante.

**SESIÓN 5:** Una intervención breve sobre estrés agudo

**TEMA:** Elaborando un nuevo significado

#### **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:**

Actividad 1. Compartiendo anécdotas

### Actividad 1.

Se realizará una actividad en rueda con los participantes y se dirán las siguientes instrucciones:

En la mesa del centro se encuentran fichas de trabajo con diferentes anécdotas respecto a casos de personas que han presenciado un sismo, cada participante tomara una. Las anécdotas serán las siguientes:

- A) Mi nombre es X tengo 32 y mi vivencia al sismo fue cuando venía en mi bici sobre la calle, cuando escuché la alarma sísmica. Sentí un jalón hacia el piso. Me caí y me lastimé el brazo, en ese momento de mi lado derecho comenzó a caerse un edificio. Me subí a mi bici y encontré partes de mi edificio derrumbados y otras partes como si se hubieran despegado. A mí me urgía llegar porque mi mamá se pone muy mal con los sismos.
- B) Estaba durmiendo en el segundo piso del departamento, cuando de repente me despertó el temblor. No escuché la alerta sísmica. Pero me asusté por el ruido del edificio de enfrente que quedó inhabitable. Parecía que se caía. Tomé las llaves de la casa y descalzo salí a la calle a resguardarme sobre la acera.
- C) A mis 42 años no había sentido algo así. Quise bajar las escaleras de mi departamento pero no podía de lo fuerte que se sentía el terremoto. Los edificios de al lado se tambaleaban y tiraban mucho polvo, como a punto de derrumbarse. Como pude, bajé, pero me caí y me lastimé el antebrazo. Todo se cayó en la casa, los muebles y todo se vino abajo.
- D) Me encontraba en el tercer piso de un Hospital porque mi hermana estaba internada. Cuando de repente sonó la alarma pudieron salir los pacientes del primer piso y de urgencias pero yo no. Nosotros nos quedamos en el pasillo y regresé a la habitación con mi hermana. El edificio se tambaleó horrible, pero durante el terremoto un camillero regresó por mi hermana. A los familiares de los enfermeros nos obligaron a bajar primero y después salieron los pacientes. Desalojaron por completo el hospital porque nos dijeron que había una fuga de gas y que no podíamos estar adentro.
- E) Me encontraba yo en mi escuela dando clases con mis alumnos de 1 de primaria, los cuales estaban en clase de natación cuando de repente vi cómo se empezó a mover la escuela y el agua de la alberca se empezó a salir y los niños gritan, lloraban y la maestra de natación junto con otra maestra que estaba cerca empezaron a sacar a los niños. Fue algo espantoso y de un momento a otro empezaron a llegar los padres de familia todos alterados y espantados.

Una vez que lean la tarjeta en voz alta, compartirán cada uno lo que harían en esa situación. Los demás participantes podrán comentar su punto de vista.

*Se comentará la importancia de la identificación y expresión de emociones, ya que, cumplen funciones de protección, enfrentamiento y resolución, además de permitir la interacción social.*

Posteriormente ahora en grupo se discutirá posibles soluciones basadas al evento estresante de cada uno direccionándolo a una experiencia benéfica. Y de manera objetiva las posibles soluciones expuestas se transformarán a un significado benéfico para los sucesos de vida de cada participante.

Por último se proyectará un video titulado “ solo respira”

[https://www.youtube.com/watch?v=z1aem6\\_6o88](https://www.youtube.com/watch?v=z1aem6_6o88)

**SESIÓN 6:** Una intervención breve sobre estrés agudo

**TEMA:** Juego de roles y resolución de conflictos

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:**

Actividad 1. Psicodrama

Actividad 1.

Se les pedirá a los participantes que formen equipos de 3 personas.

1. Donde se les dará a escoger una situación de estrés, a base del acontecimiento del sismo pasado, que para ellos sea problemático. Las problemáticas serán las siguientes:
  - A) Mi nombre es Juan tengo 48 años vivo con mi esposa y mi hijo de 11 años mi experiencia ante tal acontecimiento fue devastadora ya que me encontraba yo en la calle manejando para ir a traer a mi hijo a la escuela cuando de repente vi como los cables de luz se movían y los edificios de mi alrededor, lo más trágico fue ver cuando un edificio se colapsó por completo. Es una sensación de tanta impotencia de no poderte mover por el caos de carros y tráfico que está a tu alrededor y pensar en cómo estará tu familia en este caso mi esposa que se encontraba en casa y que vivimos en un edificio y mi hijo de cómo estará es una sensación horrible.
  - B) Mi nombre es María tengo 42 años soy madre soltera y mi experiencia ante el sismo del 19 de septiembre fue totalmente angustiada y temerosa, sentí un miedo terrible de perder a mi familia ya que me encontraba en el trabajo y mi hijo de 8 años se encontraba en la escuela y mi mamá de edad ya avanzada sola en la casa. Durante el sismo pude salir rápidamente de las instalaciones de mi trabajo, pero al salir fue un caos total por que la gente lloraba, gritaba y los rostros de cada uno de ellos era totalmente angustiados y de terror. No sabía si ir primero a mi casa con mi mamá o por mi hijo pero al final de cuentas opte por ir a buscar a mi hijo donde me tarde alrededor de 2 horas y media en llegar y ya no se encontraba se había ido a la casa de un amiguito que vivía cerca de la escuela, afortunadamente la maestra que estaba a cargo fue la que me dio el recado y no dude ni un minuto en ir a buscarlo. Al final de cuentas lo encontré y nos fuimos a casa donde mi mamá se encontraba tranquila rezando por nosotros y comenta que ella no se dio cuenta del sismo ya que se

encontraba dormida.

C) Mi nombre es Karina tengo 32 años soy casada y tengo un hijo de 5 años, durante el sismo yo me encontraba en casa con una amiga que había venido a visitarme y estábamos a punto de irnos a recoger a mi hijo a la escuela, cuando de repente empezó el sismo fue horrible porque todas las cosas de mi casa se empezaron a caer no podíamos ni dar salida ni movernos, yo comencé a llorar y lo único que se me vino a la mente en ese momento fue mi hijo como pude salí corriendo a buscarlo a la escuela y mi amiga venía detrás de mí. Llegamos a la escuela y mi hijo se encontraba llorando y con mucho miedo lo abrase y le dije que no tuviera miedo que ya estaba yo con él, enseguida trate de comunicarme con mi esposo al teléfono pero jamás entro la llamada, estaba muy preocupada de no saber de él y de cómo se encontraba. Nos fuimos a casa y empezamos a rezar mi amiga mi hijo y yo y en par de horas llego mi esposo de igual manera muy angustiado por nosotros. Y ese día no dio tanto miedo que lo que hicimos fue dormirnos afuera de la casa en el carro.

2. Cada integrante de los equipos interpretara algún rol de un integrante de la familia (papá, mamá, hijo abuelo, amigo etc.)
3. Escenificarán la problemática y al mismo tiempo dándole una solución.

En forma grupal todos los participantes retroalimentaran su desempeño de cada equipo, ante las prácticas de resolución de conflictos aprendidas durante todas las sesiones.

Por último se les mostrará un video titulado el “El jabón”.

<https://www.youtube.com/watch?v=gQxpPKJW5ww>