



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25**

**TESIS PROFESIONAL**

**LA RESILIENCIA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE EL ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**LUZ DORIANA RODRIGUEZ CISNEROS  
NARDA FERNANDA GARATE AGUILA**

**ASESOR:**

**PSIC. ANABEL VILLAFANA GARCIA**

**ORIZABA, VER.**

**2021**



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**

*La paciencia, dedicación y el afecto con el que día a día se preocupan nuestras familias, por el desarrollo y crecimiento de nuestro ámbito profesional es simplemente único y es por eso que les queremos dedicar este primer logro de los muchos que se aproximan y agradecer en este apartado a las dos personas fundamentales en nuestras vidas.*

*Gracias a nuestros padres por apoyarnos y alentarnos a seguir nuestros sueños y cumplir nuestras metas, por confiar, creer en nosotras, nuestras expectativas, disculpar nuestras ausencias y siempre dar lo mejor de ellos para ofrecernos una vida confortable, deseando que seamos independientes, auténticas, sobresalientes, dedicadas y comprometidas.*

*Gracias a nuestras madres por estar dispuestas a acompañarnos y tolerarnos en días buenos y malos, por festejar cada uno de nuestros logros y sentirse orgullosas de nosotras. Gracias a nuestros padres por anhelar y desear siempre lo mejor para nosotras, por cada uno de sus consejos, por cada una de sus palabras sabias que nos han guiado hasta este punto de nuestras vidas, por esforzarse en sus trabajos para poder brindarnos una educación digna.*

*Por último, queremos agradecer a nuestros asesores por la amabilidad y confianza y apoyo que nos brindaron para hacer este logro posible. Gracias a todas las personas que creyeron en nosotras.*

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	6
<b>Capítulo I. Estrés</b>	
1.1 Estrés .....	8
1.2 Estrés postraumático .....	15
1.3 Intervenciones en el estrés postraumático .....	22
<b>Capítulo II. Resiliencia</b>	
2.1 Resiliencia .....	29
2.2 Construcción de la resiliencia .....	37
2.3 Investigaciones sobre Resiliencia .....	41
<b>Capítulo III. Modelo y área psicológica.</b>	
3.1 Modelo psicológico .....	44
3.2 Área de la psicología .....	57
<b>Capítulo IV. Metodología</b>	
4.1. Planteamiento del problema .....	62
4.1.1. Pregunta de investigación .....	63
4.1.2. Justificación .....	63
4.1.3. Formulación de la hipótesis .....	64
4.1.4. Determinación de las variables y Operacionalización .....	64
4.1.5. Objetivos de la investigación .....	65
4.2. Enfoque de la investigación .....	65
4.3. Alcance de la investigación .....	66
4.4. Diseño de la investigación .....	66
4.5. Población y muestra .....	67

4.6. Contextos y escenarios .....	67
4.7. Procedimientos .....	67
4.8. Instrumentos .....	67

**Capítulo V. Análisis de resultados**

5.1. Resultados generales .....	73
5.2. Resultados particulares .....	82

<b>Conclusión</b> .....	89
-------------------------	----

**Referencias**

**Anexos**

## Resumen

En la siguiente investigación se muestra como el estrés en general es parte de la vida de los seres humanos, ya que existen algunas amenazas con las que el individuo lucha día con día. Sin embargo, otro tanto de la población carga con un estrés postraumático, adjudicado por algún evento traumático por el que haya pasado el individuo así sea de manera directa o indirecta. Así bien se destaca la importancia de la resiliencia que debe de tener el individuo, ya que se considera un elemento de gran valor para poder sobreponerse ante dicho evento.

Tomando en cuanto lo mencionado anteriormente, se aplicaron dos pruebas, la escala de resiliencia 14 ITEMS (RS-14) propiedades psicométricas de la versión en español, si bien su nombre lo dice, dará a conocer la resiliencia que cuenta el individuo y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según DSM-5: versión forense (EGS-F) en esta otra se muestra el grado que se encuentra el estrés postraumático del individuo, estas mismas se aplicaron una población de 100 personas de ambos sexos con un parámetro de 16 a 56 años de edad, en Orizaba, Veracruz.

Finalmente, las escalas dan los resultados generales donde se muestra que efectivamente se requiere de una resiliencia alta para poder hacer frente a las adversidades que se le presentan al individuo y su estrés postraumático disminuya, el enfoque cognitivo conductual se sugieren cuatro sesiones con las cuales su objetivo es que con ese proceso se pueda disminuir y sobrellevar.

## Introducción

En esta tesis se hablará del estrés que se le presenta al ser humano ante los cambios que experimenta día a día. Ya que el estrés es un proceso que da inicio desde la homeostasis, pues el ser humano lo vive de manera saludable, sin embargo, el estrés cuenta con tres fases; la alarma, que esta se compone de otras dos subfases, que es la de choque y contrachoque, la segunda fase es la resistencia y la última fase llamada agotamiento. Al igual que están los tipos de estresores: los estresores psicológicos y los estresores físicos. De los cuales también se encuentran los tres tipos de estrés, que son: el estrés normal, el estrés agudo y el estrés crónico. Llevando así la recomendación al individuo de adaptarse al estrés, puesto que todo ajuste que haga será para obtener las metas que se proponga, pues la manera de afrontar dichas adversidades será de manera personal.

Así bien llegando al tema de estrés postraumático ya sea de origen natural o inducido, en el cual también se explica cuáles son los criterios que se deben de establecer para diagnosticar estrés postraumático (TEPT) de acuerdo con el DSM-V. Mencionando así algunos modelos teóricos tales como la teoría del aprendizaje, la teoría de los factores de Mowrer, el cual consiste en el condicionamiento clásico al igual que el condicionamiento operante y las teorías cognitivas. Además de tener en cuenta las cuatro maneras predominantes de terapia las cuales son tratamientos enfocados en las habilidades de afrontamiento, combinación de tratamientos, tratamientos basados en la exposición y terapia cognitiva.

Así mismo, se aborda el tema de la resiliencia en el cual se menciona que no importa el estado socio económico del individuo, sino el estímulo para seguir adelante frente a la adversidad que se le presente, así mismo, el hecho de que las personas crezcan con padres con algún tipo de adicción, no interfiere a que estos sigan el mismo

camino, pues se ha observado que estos pueden llegar a explotar su potencial convirtiéndose en profesionales. Si bien se puede destacar mediante la investigación previamente realizada, que es la capacidad con la que cuenta el individuo para sobreponerse de manera exitosa frente algún suceso o adversidad que se le presente en la vida diaria.

En cuanto a este término muestra el proceso por el cual el individuo debe de pasar para ser exitosa, es decir el individuo debe de tomar como primer punto el considerar lo vivido como adversidad, posteriormente hacerle frente a este o hacerlo consciente y para finalizar se debe de dar un cambio. La resiliencia se apoya de diferentes modelos como el tríadico, modelo de la casita de Vanistandael y modelo de resiliencia de Richardson, estos brindan un panorama amplio y detallado de los procesos a los que el individuo se somete para generar el cambio y vencer la adversidad.

Ahora bien, para la construcción de la resiliencia son necesarias algunas características que deben de presentar el individuo según Santiago Moll son: autoconocimiento, motivación, autocontrol, autonomía, confianza, relación, optimismo, humor compromiso y coherencia, sin embargo, Suarez Ojeda suma tres pilares más los cuales son: iniciativa creatividad y moralidad.

Por otro lado, se menciona el enfoque cognitivo conductual con base a sus exponentes Albert Ellis quien, a porta a la terapia de la TREC, Aarón Beck quien desarrollo la terapia cognoscitiva, Kelly que es considera como el primer teórico que sustenta una teoría basada en la realidad y Jacobson con su terapia de relajación.

# CAPÍTULO I

## ESTRÉS

### 1.1. Estrés.

Los seres humanos pasan por diferentes eventos de preocupación a lo largo de la vida, en los cuales se presenta diversos factores los cuales les generan conductas o malestares que alteran el desarrollo tanto en su entorno como en sí mismos. A estas sensaciones generalmente hacemos referencia a que se está estresado.

“El estrés se describe con frecuencia como una sensación de agobio, preocupación y agotamiento. Afecta a personas de cualquier edad, género y circunstancias personales y puede dar lugar a problemas de salud tanto física como psicológica” (Baum, 1990, pp.653-675). Con respecto a lo que señala el autor entendemos que el estrés es una combinación de factores físicos y psicológicos que generan ciertas conductas inapropiadas en el ser humano además de un conjunto de enfermedades crónicas las cuales no dejan desarrollar las actividades de la vida diaria, de igual manera menciona que el estrés como tal no tiene un rango de edad es decir que lo puede padecer desde un niño hasta un adulto mayor.

Asimismo, Walter Cannon menciona que el “estrés es la reacción fisiológica provocada por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes”. Esto nos da entender que el ser humano va a reaccionar dependiendo de la situación a la cual se exponga ya sea de manera desagradable, temerosa, o desafiante ante él (Cannon, s/f p.326).

Así pues, “el estrés es la situación en la cual la persona experimenta cambios en el estado de equilibrio normal. Un agente estresante es cualquier episodio o estímulo que provoca estrés” (Berman y Snyder, 2013, p. 1079). Con base a lo anterior mencionado, los autores dan a entender que conforme el individuo se someta a cambios es como va a experimentar el estrés, o en cuanto sus agentes estresantes, de estos dependerán de cómo se viva el estrés del individuo. Por otro lado, se encuentra que el estrés es un proceso, en el cual comienza desde la homeostasis ya que esta la vive el ser humano cotidianamente de manera balanceada y saludable.

Después de conocer dicha definición, siguen las tres fases del estrés, la primera fase denominada como alarma en la que se puede notar el agente estresante, es decir, se encarga de poner las defensas en alerta, así mismo, dentro de esta fase se encuentran dos subfases, la primera subfase es la de choque que puede ser vivida consciente o inconsciente por la persona, la cual se genera por estímulos en el hipotálamo así mismo este libera hormonas liberadoras de corticotropina que estimula la hipófisis anterior para que libere hormona adrenocorticotropa. De igual manera en los momentos de estrés, la medula suprarrenal secreta adrenalina y noradrenalina en respuesta a la estimulación simpática.

Las reacciones corporales que se manifiestan por la adrenalina son las siguientes: aumento de la contractilidad miocárdica, broncodilatación, aumento de la coagulación de la sangre, aumento del metabolismo celular y aumento de movilización de la grasa. Una consecuencia de la noradrenalina es disminuir el flujo sanguíneo de los riñones y sumar la secreción de la renina. Esta es una enzima que hidroliza una de las proteínas de la sangre para producir la angiotensina. La cual se encarga de aumentar la presión arterial con ayuda de la constricción de las arteriolas. Al conjunto de todos estos efectos de las hormonas suprarrenales hace que el individuo elabore una actividad física más intensa de lo que sea posible en otra circunstancia. Por otro lado, encontramos la segunda

subfase que es de contrachoque en este restablece la transición generada en el cuerpo a lo largo de la fase de choque (Berman y Snyder, 2013, pp.1080-1081).

De igual manera se encuentra la segunda fase del estrés que es la resistencia la cual toma acción cuando el cuerpo intenta afrontar el agente estresante y reducir el agente estresante hasta la mínima parte del cuerpo que pueda manejar (Berman y Snyder, 2013, p.1081).

Además, la tercera fase llamada agotamiento, como lo dice la palabra se agota los medios utilizados para combatir el agente estresante, así pues, si no se vence el agente estresante, el resultado es que se expande a todo el cuerpo. Al concluir esta fase el cuerpo puede someterse a una fase de reposo y regresar a la normalidad o en algunos casos la muerte puede ser la última opción (Berman y Snyder, 2013, pp. 1081-1082).

En consecuencia, a lo anterior se manifiestan las respuestas fisiológicas de los estresores. Hans Selye define esto como síndrome de adaptación general (SAG) el cual nos genera un marco de referencia para generar una explicación razonable de estrés y la enfermedad (Baron, 1996, pp.531-532).

Entonces el estrés sucede a medida que el individuo pueda notar: 1) que la situación supone una amenaza para sus metas importantes, a lo que se le conoce evaluación primaria; y 2) que es capaz de afrontar esos peligros o demandas, lo que es conocido como evaluación secundaria (Baron, 1996, p.533).

En cuanto al estrés se encuentra que Canino de Lambertini (citado por El Sahili, 2012, p.69) describe los tipos de estresores los cuales se dividen en estresores

psicológicos que incluye todas las emociones tales como la frustración, celos, miedo, ira y sentimientos de inferioridad.

Otro punto son los estresores físicos, Muchinsky conceptualiza cuatro tipos de estresores los cuales son ruido, frío, fatiga y calor, así mismo es importante recordar que a veces la ausencia de cambios puede originar estrés por aburrimiento ya que es difícil soportar la monotonía (citado por El Sahili, 2012, p.69).

En relación con los tipos de estrés se encuentran tres derivaciones las cuales son el estrés normal se entiende que las reacciones de los estresores liberan complejos sistemas hormonales, emocionales y conductuales los cuales suelen regresar a su estado natural, una vez que se extingan los estímulos que lo provocaron.

Luego se encuentra el estrés agudo, en el cual los estresores pueden cambiar de intensidad y ser agudos, pueden provocar una respuesta excepcional por parte del individuo, la cual puede perjudicar el sistema cardiovascular, gastrointestinal, etc.

Después está el estrés crónico el cual se generan con las vivencias constantes de estresores, este se convierte crónico, que hace que al individuo se le dificulte llegar a su estado natural que posteriormente tenía, el periodo de incubación es de seis meses (El Sahili, 2012, p.70).

De modo que razón por la cual se le recomienda adaptarse al estrés, no solo del que se origina por un evento traumático, sino incluso de las exigencias cotidianas. El individuo debe ajustarse a una vida que no es perfecta en absoluto, en la que ocurren sucesos negativos como positivos. Todo ajuste es un propósito para conseguir las metas

de cada una de sus esferas, así mismo afrontar los obstáculos que se le presentan en diversas situaciones en el lapso para obtenerlas. Toda reacción es un ajuste al fracaso, algunas reacciones serán menos constructivas a otras.

Por otro lado, la forma en la que afrontamos el estrés tanto intenso como leve, es de modo personal y decisivo a la salud mental y el tipo de calidad de la vida que se desee llevar. El estrés y sus efectos en la vida cotidiana contiene un aspecto clave de la psicología de la salud la cual estudia el contacto de los factores psicológicos con la salud y la enfermedad física (Morrison y Maisto, 2001, p.476).

En cuanto a unas fuentes de estrés describen a cualquier demanda ambiental que genera un estado de tensión o amenaza y que necesita un cambio o adaptación, muchas circunstancias nos llevan a modificar la conducta. Los grandes cambios a lo largo de la vida suelen ser positivos como negativos estos mismos generan cierto grado de estrés. Se debe a cambios que usualmente provocan una fuerte emoción tales como la alegría y el gozo. Los grandes cambios generan estrés debido a que toda nueva experiencia exige algún ajuste.

Sin embargo, el individuo siente más estrés cuando tiene el conocimiento del peligro de la situación o acción que pueda generar, el estrés no distingue la gravedad que puede causar en la persona, ya sea esta en el peor de los casos la muerte. Cualquier evento estresante siempre va a estar acompañado de un cambio. La persona siente estrés ante cualquier hecho malo o bueno que genere un cambio.

Con respecto al estrés se considera que los pequeños malestares considerados menores, como estar atrapados en una carretera, que llueva y tenga una fiesta al aire libre, se definen como nimiedades. En cuanto al individuo que se ha sometido

recientemente a una situación traumática de suma importancia tiene mayor probabilidad de verse afectada por estas molestias menores que quienes no han experimentado un trauma anteriormente.

Por otra parte se encuentra la presión ya que el individuo este forzado a aumentar, apresurarse o cambiar la dirección de su conducta, o cuando se siente forzado a mejorar su rendimiento. La presión puede proceder del interior, cuando la persona quiere lograr una opinión de excelencia, este tipo de presión puede ser de manera constructiva o destructiva. Por ejemplo, incitar a realizar algún deporte, como natación, atletismo, entre otros, los cuales le harán sentir satisfacción y placer, con base a esto se obtendrá una mayor autoestima.

En cuanto a la frustración facilita el estrés esta aparece cuando al individuo se le dificulta alcanzar una meta establecida por algo o alguien que se interfiere en el camino para lograr dicha meta, un ejemplo de esto puede ser cuando un futbolista se lesiona antes de un partido de categoría muy importante.

El siguiente punto trata del conflicto el cual quizás es uno de los más comunes, este acontece cuando se hayan a dos o más exigencias, como necesidades, oportunidades o metas incompatibles. En ocasiones el individuo se ve forzado a renunciar o modificar sus objetivos o resignarse a no alcanzar todos ya que usualmente nunca podrá resolverlos por completo. En cuanto a lo que se proponga el individuo no importa lo que sea, necesariamente deberá pasar por un momento frustración.

Existen dos tendencias opuestas del conflicto propuestas por Kurt Lewin los cuales son aproximación y evitación. En el conflicto de aproximación surge atracción simultanea hacia dos medios en los cuales ninguno presenta cualidades negativas. Por otro lado, el

conflicto de evitación donde el individuo deberá elegir entre dos posibilidades en las cuales ninguna lleva consigo cualidades positivas, en las cuales siempre tratará de huir de dichas situaciones. Si el individuo no puede huir de estas entonces deberá enfrentarse y elegir la situación menos arriesgada para él.

En relación con el conflicto aproximación/evitación en este la persona siente atracción y evitación por la misma meta que desea. Este conflicto es de los más usuales y a menudo uno de los más difíciles de resolver. Lewin menciona que mientras más está cerca de la meta de presencia positiva y negativa, se aumentaran los deseos de acercarse y alejarse de estas predominara el deseo de alejarse con rapidez a comparación del deseo a acercarse ya que la aproximación genera temor y es más fácil optar por quedarse en un estado neutro hasta esperar que la situación cambie (Morris, Maisto, 2001, pp. 477-482).

Con el objetivo de sintetizar la información entendemos que el estrés es un ciclo en el cual se genera en cualquier individuo, sin importar la edad o condición de este, ya que el individuo reaccionara dependiendo de la situación que se viva, así sea de lo más “leve” hasta lo más “fuerte”, según a los cambios que se someta la persona es como va a experimentar el estrés, también dependerá de su agente estresante, que es este será el estímulo o episodio que provocara el estrés.

Por tanto, el estrés tiene tres fases, que son la alarma, resistencia y agotamiento, encontrando dos subfases en la fase de alarma las cuales son de choque y contrachoque, por las cuales el individuo deberá pasar por cada una de estas fases, así pues, al final el cuerpo entra en una fase de reposo llegando a la normalidad superando este ciclo o por contrario rendirse a tal grado de llegar a morir. Así entonces el individuo podrá notar su estrés a medida que la situación que se presenta amenaza a sus metas más importantes,

que a esto se le caracteriza por evaluación primaria y la evaluación secundaria, que es donde el individuo es capaz de afrontar dichos peligros.

Por otro lado, se encuentran los tipos de estrés que son tres, el estrés normal, agudo y crónico, ya mencionado dependerán de las vivencias que se le presenten al individuo. Por lo cual se le recomienda a la persona a adaptarse al estrés, ya sea por un evento traumático o por experiencias de la vida cotidiana, ya que todo ajuste que haga el individuo será para conseguir las metas que se ha propuesto. Al final la forma de afrontar el estrés será de modo personal y el tipo de calidad de vida que desee llevar.

## **1.2. Estrés postraumático**

El siguiente punto trata de estrés postraumático o también conocido como TEPT en el cual el componente en esta situación es que el fenómeno traumático o estresante en los antecedentes del usuario es en proporción responsable a los síntomas que desarrolla.

En la vida cotidiana se encuentra personas las cuales han padecido estrés postraumático de origen natural o inducido esto quiere decir que de origen natural será todo aquel que provocara el medio ambiente como, por ejemplo, sismos, tsunamis, tormenta eléctrica, etc. De este modo el inducido se entiende que es generado por otra persona, ya sea conocido o desconocido, por ejemplo, secuestros, violaciones, accidentes automovilísticos, etc. Para que el estrés postraumático se genere se debe experimentar en la persona misma, pariente, amigo cercano o ser participe.

En cuanto algunos términos que les han dado a algunos eventos se encuentran: neurosis de guerra, neurosis traumática, síndrome postVietnam, choque de bombardeo,

fatiga de batalla, corazón de soldado etc. El experto que llegue a laborar con este tipo de usuarios debe tener en cuenta el carácter multidimensional y necesariamente complejo de este tipo de trastornos (Sánchez, 2008, p.260).

Asimismo, el estrés postraumático se genera regularmente después de un evento en el cual la persona se sintió amenazado, atemorizado y/o con miedo, intuye que su vida corre peligro. Entre más terrible sea el evento y extenso existe más probabilidad de que se genere el TEPT.

De igual manera algunos factores que pudieran participar en el incremento de este trastorno se encuentra el factor individual el cual menciona que está conformado por la estructura del carácter innato del individuo y su herencia genética. Por otro lado, el bajo nivel de inteligencia y de estructuración educativa señalan una similitud positiva con el TEPT.

Del mismo modo, un estudio mundial que se aplicó en 13 países por entrevistadores no experimentados a casi 24.000 personas la prevalencia del TEPT fue del 3,3 % basándose en el DSM-IV, del 4,4% según el CIE-10 y del 3% según la aproximación del DSM-V. Las cifras de prevalencia son muchas más altas en personas que han sufrido algún trauma. Se calcula que al menos el 60% de las personas han experimentado uno o más acontecimientos traumáticos; en concreto el porcentaje 61,6% en un estudio mundial (Bados, 2015, p.14).

Así pues, el pertenecer a un grupo pequeño radical o étnico al igual a un estado socioeconómico bajo se entienden como factores ambientales. Por otro lado, de acuerdo con el DSM-V (Morrison, 2015, pp. 217-225) los criterios que deben establecer para el diagnóstico del TEPT.

1.- Debe existir un trauma grave: es decir debe existir la muerte o una amenaza de muerte, lesiones o heridas graves, o violación sexual, como ya se había mencionado se debe experimentar por el individuo por algún sentido por la observación directa, (esta no abarca verlo por televisión) o por participación personal o que se presente en un pariente cercano o amigo.

2.-Reexperimentación del estrés: De acuerdo con este criterio los síntomas que se experimentan se ejecutan a través de algún mecanismo invasivo o de evocación, algunos de estos son sueños, memorias ordinarias recurrentes, relaciones disociativas, tensión psicológica y reacciones fisiológicas, cualquier factor que haga recordar el incidente en el cual se originan la tensión o síntomas fisiológicos, de las anteriores debe de cumplir con una de estos cinco caracteres. Estos síntomas de reexperimentación por lo peculiar son angustiantes porque el individuo no tiene control del momento o de la forma en que le llegan a ocurrir, además, incitan fuertes emociones negativas que se asemejan al trauma inicial, las señales de miedo que presenta el individuo son visibles, ya que la persona suele agacharse atemorizadamente, pero en otras la relación entre trauma y la señal no es visible.

3.-Distanciamiento emocional: esto quiere decir que el paciente de manera voluntaria o involuntaria intenta evadir factores que le recuerden la situación que origino el trauma, los factores que pueden ser internos tales como sentimientos y pensamientos, o los externos los cuales son lugares actividades o personas, de las anteriores debe de cubrir una de estos caracteres. En este criterio menciona el intento que la persona realiza para distanciarse psicológicamente y físicamente del trauma que lo aqueja ya que a medida que los recuerdos se filtran desatadamente en ocasiones provocando dolorosas emociones negativas asociadas con el trauma por ello la persona evita tanto sentir como pensar los sucesos del trauma o de igual manera prefiere olvidar.

4.-Estado de ánimo negativo e ideas relacionadas: usualmente el paciente experimenta expresiones negativas tales como amnesia, creencias negativas, distorsión-

autoinculpación, estado emocional negativo, disminución de interés, desapego de otros sin emociones positivas, el paciente deberá presentar dos de las anteriores. En este criterio da a entender que el paciente desea interrumpir los sentimientos asociados con los recuerdos que se le presenta de manera intrusa o aversivas, la mayoría de las personas suelen asegurar que ya no cuentan con sentimientos fuertes de igual manera el desapego puede ocasionar la incapacidad para que la persona o individuo se le facilite la relación con otros y a su vez poder disfrutar la vida cotidiana al igual que ser productivo y elaborar planes a largo plazo. Por otra parte, todos los sobrevivientes al trauma experimentan sensibilidad emocional por lo contrario alguna pueden presentar de manera constante emociones negativas profundas tales como la vergüenza o el enojo.

5.-Incremento del estado de alerta y reactividad: para poder diagnosticar el TEPT los pacientes deben de presentar dos de estos seis caracteres irritabilidad-ira, irresponsabilidad-autodestrucción, alerta extrema, sobresalto, mala concentración, anomalías del sueño, relacionados con el suceso traumático. El criterio cinco especifica que la persona se encuentra en un estado constante de huida o lucha que se asocia a la respuesta de su cuerpo en el lapso del trauma, en el estado de alerta el individuo está preparado para accionar a nuevos estímulos de peligro o incluso a situaciones seguras, esto en un estado continuo la hiperactivación agota cotidianamente al individuo y en el lapso de la crisis adapta la conducta y facilita la supervivencia.

Al igual que puede sufrir de alteraciones del sueño la pérdida de concentración reacción excesiva a los estímulos entre los ya posteriormente mencionados, los síntomas descritos en los criterios anteriores deben presentarse al mismo tiempo durante un mes para que pueda colaborar un diagnóstico de estrés postraumático.

Sobre algunas características de las repercusiones en el usuario que regularmente se presentan, las víctimas que presentan el trauma del estrés postraumático suelen en la

mayoría alejarse de una manera voluntaria de sus familiares para evitar tocar el tema, de igual manera cada que se exaltan la respuesta suele ser sumamente exagerada. A estas personas les cuesta mantener la concentración, mantener un ritmo de sueño adecuado y en la mayoría del tiempo están irritados (Morrison, 2015, pp. 217-225).

Keane menciona que “El estrés postraumático afecta al 1 o 2 por cada 100 de la población adulta, que es una tasa de prevalencia similar a la de la esquizofrenia” (citado por Belloch, Sandín, Ramos, 1995, p.174).

El TEP se presenta con mayor probabilidad en las mujeres que fueron víctimas de violación sexual ya que por lo general este suceso traumático se llevó a cabo en algún lugar seguro para ellas (casa, lugar de trabajo, discoteca, etc.) si bien la victima debe regresar al lugar donde sucedieron los hechos, ya que estos lugares son parte de su vida cotidiana. El 50% de los casos el acto traumático es ejercido por personas cercanas a la víctima.

Por otra parte, se encuentran los veteranos de guerra, los cuales, si de igual manera presentan estrés postraumático, la diferencia que radica en ellos es que ya no regresaran a la guerra ya que en este caso sería su escenario traumático, un punto más a favor de este tipo de población, es que ellos ya van metalizados de que algo catastrófico pueda ocurrirles. Es decir, las reacciones psicológicas que se presentan frente el trauma vivido son variable entre la intensidad del trauma, las circunstancias, la edad en la que se presentó el trauma, el número de veces que se ejerció, la estabilidad emocional, la autoestima y el apoyo que reciba de los familiares y el apoyo social.

Por consecuencia, algunos modelos teóricos según Barlow (2018, pp. 66-p) encontramos la teoría del aprendizaje la cual consiste en explicar los síntomas

observados, esta teoría explica gran contenido en el comienzo y mantenimiento del miedo y de la evitación a causa del estrés postraumático, no indaga los “síntomas de instrucción” así se le nombra a los recuerdos repetitivos que cuelgan en los pensamientos en estados conscientes e inconscientes de los sobrevivientes por ejemplo uno de ellos son las pesadillas.

De igual modo, encontramos la teoría de los factores de Mowrer (citado en Barlow, 2018, p.66) los cuales son condicionamiento clásico, este explica los altos niveles de angustia y temor que se pueden alcanzar y así mismo pueden ser observados en las víctimas que presenten el trauma frente a estímulos relacionados con el evento traumático.

El condicionamiento operante que señala el comienzo de la evitación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático y la permanencia del temor a pesar del estímulo incondicionado, con esto se entiende que el estresor traumático no vuelve a repetirse igualmente las víctimas prefieren escapar de las señales ya que les genera la disminución de la ansiedad y el temor por ello evitan estímulos condicionados (recuerdos y otras señales del trauma) ya que cuando esta se presenta es reforzado negativamente.

Después se encuentran las teorías cognitivas estas se enfocan en las consecuencias del trauma basada en el sistema de creencia de los sobrevivientes del trauma y de los ajustes que son necesarios para reconciliar un evento traumático con las creencias y las expectativas previas.

Referente a Horowitz (citado en Barlow, 2018, p.67) fue el primer influyente teórico cognitivo, que se adentró más allá de una perspectiva psicodinámica a la teoría del procesamiento cognitivo ya que sugirió que el procesamiento es más orientado a una

tendencia a completar, esta tendencia sostiene que la información del trauma en la memoria activa hasta que el procesamiento está culminado y el acontecimiento ha sido solucionado.

Por último, en cuanto al estrés postraumático o TEPT se da a conocer que es el fenómeno traumático o estresante en un antecedente del paciente, ya antes mencionado hay una variedad de personas que han padecido estrés postraumático en su vida cotidiana ya sea de manera natural o inducida, ya que para que ese se genere debe ser experimentado en la persona misma, pariente, amigo cercano etc. Este se genera después de un evento en donde la persona se sintió amenazado, atemorizado, con miedo, intuye que su vida corre peligro, así pues, si el evento es más terrible y extenso hay más probabilidad que se genere el TEPT.

Con respecto a los 5 criterios que Morrison menciona en el DSM-V se localiza el número 1.-Debe existir un trauma grave: esto quiere decir sentirse en amenaza de muerte, lesiones o heridas graves, 2.-Reexperimentación del estrés: los síntomas se ejecutan a través de algún mecanismo invasivo o de evocación, 3.-Distanciamiento emocional: el paciente de manera voluntaria o involuntaria tratará de evadir ciertos factores que le recuerden la situación que originó dicho trauma, 4.-Estado de ánimo negativo e ideas relacionadas: aquí el paciente experimenta expresiones negativas, tales como amnesia, creencias negativas, distorsión-autoinculpación, estado emocional negativo, disminución de interés, desapego de otros sin emociones positivas, las cuales el paciente deberá presentar por lo menos dos de las ya mencionadas y el 5.-Incremento del estado de alerta y reactividad: en este punto se encuentran seis caracteres los cuales son, irritabilidad-ira, irresponsabilidad-autodestrucción, alerta extrema, sobresalto, mala concentración, anomalías del sueño, con relación al hecho traumático, de las cuales el paciente deberá de presentar dos de estas seis.

Por lo que concierne a la información obtenida se pudo notar que el TEPT se presenta con mayor probabilidad en las mujeres que fueron víctimas de violación sexual, sin embargo, hay la misma probabilidad en otros casos tales como, víctimas por sucesos sobrenaturales, guerras, secuestros y extorsiones, con respecto a los temas ya mencionados no se les da el mismo seguimiento que a las que fueron víctimas de violación sexual.

### **1.3. Intervención en el estrés postraumático.**

Como anteriormente se mencionó que el profesional que acompañe al paciente deberá tener en cuenta el carácter de este, si bien una entrevista global es una manera de hacer una estrategia para la primera evaluación para un adecuado diagnóstico. Un apropiado desarrollo de entrevista puede hacer acceder a que el paciente relate su experiencia y su impacto de dicho evento, así teniendo la oportunidad en sus manos para poder expresarse con libertad, brindándole un entorno seguro.

Si bien, tanto los pacientes como los familiares del núcleo o los más cercanos necesitan ser comprendidos y apoyados mientras le encuentran sentido al evento recientemente vivido. Sin embargo, la entrevista también ayudara a hacer una alianza de seguimiento efectivo, la cual facilitara la extracción de los detalles de la experiencia vivida por el paciente.

Acerca del estrés postraumático se encuentra que en la actualidad existentes cuatro maneras predominantes de terapia las cuales son tratamientos enfocados en las habilidades de afrontamiento, combinación de tratamientos, tratamientos basados en la exposición y terapia cognitiva. Asimismo, como primer método el entrenamiento por inoculación de estrés se describe en particular para personas que sobrevivieron a

violación (Barlow, 2018, pp.73-74). Con base a este método se encuentra el de aproximación de la ansiedad de Meichenbaum, el cual tiene como finalidad ofrecer a los pacientes un sentido de dominio ante sus miedos mostrándoles diversas destrezas de afrontamiento, este se adapta a los conflictos y necesidades de la persona haciendo que se vuelva flexible y su utilización se puede aplicar de forma grupal o individual.

Por consiguiente, el entrenamiento por inoculación de estrés se lleva a cabo mediante un proceso de dos fases. La primera fase es en la cual se prepara para el tratamiento anexando un elemento informativo, el cual otorga un marco explicativo o contextual que permite al paciente poder comprender o hacerlo consciente de cuál es el origen de su miedo y ansiedad, así mismo comprender el trauma sus consecuencias y verlo de manera natural para poder llevar una mejor calidad de vida. Este método está basado en la teoría del aprendizaje social en la cual se anexa la explicación de las reacciones del terror y ansiedad que se presentan en tres canales, los cuales son, canal cognitivo, canal conductual o motor y canal autónomo o físico.

La segunda fase se encarga del entrenamiento de las habilidades del afrontamiento en cada uno de los canales de respuesta, en la cual de forma consecutiva se le dará una explicación y técnicas necesarias al paciente para poder adquirir nuevas habilidades de afrontamiento, así mismo utilizando la lógica, explicar de qué manera se ejecutara y enseñando la habilidad, aplicada en el paciente en el entorno que le genere conflicto, no relacionando sus conductas objetivas por último que tome el paciente en cuenta la forma de aplicación y la lleve a la práctica de la habilidad en uno de sus temores.

Asimismo, en el afrontamiento las habilidades que frecuentemente enseñan con respecto al canal conductual son el juego de roles y el modelamiento encubierto en este se le enseña al paciente a visualizar una circunstancia que le genere miedo o ansiedad

y a imaginar que la confronta de manera éxito. En cuanto al canal cognitivo se le enseña al paciente a establecer un diálogo guiado consigo mismo se le muestra cómo enfocarse en el diálogo interno y etiquetar afirmaciones negativas, inadaptadas e irracionales que posteriormente debe sustituir con verbalizaciones internas generalmente más adaptadas (Barlow, 2018, p.74).

El diálogo que debe de establecer consigo mismo es enseñado en cuatro categorías, las cuales son preparación, confrontación y apego, afrontamiento de la sensación de agobio y reforzamiento en cada una de estas categorías que se van realizando una serie de cuestionamiento o afirmaciones que incitan al paciente a evaluar la probabilidad real de que un seceso negativo se presente , a tener control del miedo agobiante y la conducta de evitación, a manejar las críticas y la degradación de si mismo, fomentar la conducta temida y por ultimo reforzar al individuo por hacer el intento y continuar con los pasos.

Por el contrario, se plantea la combinación de tratamientos y estudios acumulativos, en este tipo de tratamiento tienden a combinar diferentes formas de exposición con la terapia cognitiva como pueden ser de manera imaginaria o en vivo, en esta misma se pueden incorporar habilidades de relajación o de otra manera para afrontar. Al inicio de la terapia se forman desde el comienzo una combinación de tratamientos, así pues, se puede agregar un elemento nuevo a este tratamiento ya existente, para determinar si el nuevo elemento le da valor a la terapia ya existente. Este tratamiento fue creado con una duración específica para así poder ordenar los elementos del tratamiento (Barlow, 2018, p.76).

Otro punto es la técnica de exposición, que tiene comienzo en la década de los 80, anteriormente de la cual se había realizado algunas investigaciones de terapia de exposición para el tratamiento de estrés postraumático, en diferentes estudios de caso y

estudios controlados se había notado la eficacia de la desensibilización para relacionarse con el trastorno, la respuesta que se obtuvo no fue adaptativa.

Los pacientes con trastorno por estrés postraumático generalmente presentan miedo y evitan cualquier estímulo que tenga conexión con el trauma por ello una manera eficiente de tratar el trauma es la desensibilización sistemática. Al exponer las señales temidas por un lapso prolongado o que el paciente recuerde el trauma es más eficiente por lo que el uso de aplicación de esta se ha generado con frecuencia a esta se le conoce como DTE (exposición terapéutica directa) la cual se basa en difundir de manera prolongada la técnica de exposición ya que en esta requiere que el paciente confronte en vivo la situación en la cual presenta miedo, o se imagine alguna situación que le genere el miedo, o recuerde de manera particular el trauma por un lapso.

La exposición prolongada se debe realizar de forma individual a lo largo de 9 a 12 sesiones las cuales se deberán realizar semanal o quincenalmente por un tiempo de 90 minutos aproximado, en los cuales las dos primeras sesiones son específicamente para la recopilación de información, planeación del tratamiento y expresar la lógica que este tratamiento tiene, se le muestra al paciente el reentrenamiento de la respiración se debe realizar una lista prioritaria de los estímulos en los cuales el paciente presenta miedo y los quiere evitar, se le debe indicar al paciente a afrontar los estímulos temidos por un tiempo mínimo de 45 minutos diarios comenzando con la señal prioritaria que le genere ansiedad moderada, en la tercera sesión se debe evocar la escena del trauma en la imaginación y se pide al paciente que la relate con un tono de voz alto en tiempo presente, en las dos primeras exposiciones le da la oportunidad al paciente que determine el grado de los detalles posteriormente se le incita animándolo a ir incluyendo cada vez más señales externas detalladas al igual que señales internas tales como respuestas fisiológicas pensamientos y consecuencias temidas. A lo largo de un tiempo de 60 minutos cada descripción que el paciente tenga debe de ser grabada y repetida varias veces ya que esta grabación se le otorga como tarea al paciente que lo escuche y realice

tareas en vivo en cada una de las sesiones se debe de tener el cuidado y asegurar que la ansiedad del paciente disminuya tiempo antes que finalice la sesión.

Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou y Thrasher (citados por Barlow, 2018, p.75) presentaron una manera diferente de la terapia de exposición en la cual consta de 10 sesiones en las cuales cinco son de exposición en vivo y cinco de exposición imaginaria a lo largo de la exposición imaginaria se le menciona al paciente que debe revivir en voz alta, en tiempo presente, en primera persona y a detalle su experiencia posteriormente se le indica que debe imaginar y mencionar los aspectos críticos del suceso. Con el paso de las sesiones se le pone al paciente la grabación de su terapia y la deben escuchar diariamente para que acompañados del terapeuta para que avancen con la lista prioritaria de estímulos relacionado con el suceso y los cuales provocan el miedo o la evitación es recomendable que practique la exposición en vivo por un lapso de una hora diaria.

Al respecto de las intervenciones cognitivas en esta terapia generalmente cuenta con dos formas adaptativas en la cual una de ellas se guía más en el presente puede usar diarios o formas de monitoreo para revivir los pensamientos en tiempo presente que el paciente a lo largo de la semana presente. En esta terapia estos relatos semanales del paciente son la base de la intervención cognitiva que se presenta durante el tratamiento, a lo largo del proceso usando la enseñanza y el cuestionamiento socrático. Se disciplina a los pacientes a localizar y evocar los pensamiento exagerados o mínimamente realistas sobre el mismo su futuro y el mundo contando con el razonamiento más formado y argumentado basado en la evidencia.

En cambio, se encuentra la segunda forma la cual se centra en el trauma en el significado de los sucesos en particular los que son traumáticos para el paciente (constructivista) de tal manera en que esas interpretaciones del trauma se contradicen o al parecer se confirman creencias posteriores sobre los demás y sobre sí mismo las

suposiciones distorsionadas del suceso generalmente mantienen la creencia en un sentido de controlabilidad o de un mundo justo.

El tratamiento principalmente se enfoca en la forma en que los pacientes distorsionaron el hecho para mantener las creencias sobre a justicia o el papel de los otros, se le conoce como asimilación, o por lo opuesto encontramos la sobre acomodación la cual es una forma excesiva en la que cambia las creencias sobre sí mismo y el mundo en un intento por rescatar un sentido de seguridad o control en el futuro o el presente.

La terapia cognitiva consta de un proceso de 12 sesiones que se puede realizar en formato individual o grupal. En la primera sesión se inicia dando la introducción a los síntomas del estrés postraumático y a la terapia se le pide a los pacientes que realicen una descripción de cómo fueron afectados por el suceso traumático se le solicita que mantenga la concentración en la culpa que sienten en relación con el suceso y las causas que ha tenido el hecho el cambio de sus creencias y el de los demás.

La declaración es útil para poder entender como el paciente pudo haber asimilado la causa del suceso o generalizado sumamente su significado. Antes de explorar el trauma a profundidad se le debe enseñar al paciente a distinguir las emociones y reconocer la conexión entre los pensamientos sentimientos y sucesos posteriormente se le solicita que escriba el relato detallado del trauma y lo debe leer todos los días para sí mismo, en el lapso de la sesión lo debe leer para el terapeuta y se le estimula a sentir cualquier emoción que surja, a finalizar las hojas e trabajo sobre los puntos que causen obstrucción con relación al suceso.

Una herramienta que utiliza el terapeuta es el diálogo socrático para cuestionar los pensamientos problemáticos sobre el trauma posteriormente escribir y leer el relato por segunda vez, el terapeuta debe de concentrarse en mostrarle al paciente mediante una serie de hojas trabajo la habilidad de cuestionar los pensamientos y suposiciones planteando una serie de preguntas socráticas, por ejemplo, ¿Qué es? ¿Por qué lo hice? ¿Que sucediera si...? Asimismo, primero se le enseña a cuestionar un solo pensamiento, posteriormente a buscar patrones problemáticos del pensamiento, a generar pensamientos alternativos y de estructura más equilibrada.

Para resumir, se le hace hincapié al profesional que acompañe al paciente, deberá tener una entrevista global ya que de esta manera podrá tener la flexibilidad de hacer una estrategia para la primera evaluación para un adecuado diagnóstico. Gracias a un apropiado desarrollo de entrevista puede hacer acceder a que el paciente relate su experiencia y su impacto de dicho evento.

Por otra parte, se entiende que existe cuatro formas para tratar el estrés postraumático en las cuales es necesario que el paciente tenga la disponibilidad para poder enfrentar el trauma ya que en las técnicas son expuestas las emociones y se revive el suceso consecutivamente para poder llevar el proceso requerido según la técnica elegida. Ya que en el trastorno de estrés postraumático el paciente suele evitar hablar de dicho tema, cada técnica de terapia tiene distinto método de afrontación y de exposición. De igual manera el número de sesiones y el lapso que se debe establecer en cada una de ellas.

## CAPÍTULO II

### LA RESILIENCIA

#### 2.1 La resiliencia.

En los últimos años se ha despertado un gran interés sobre la capacidad que tienen las personas para afrontar sus conflictos dentro de todas sus esferas, que los haga capaces de poder afrontar las circunstancias de manera positiva o favorable a lo largo de su vida, a esto se le denomina como resiliencia.

Es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Grotberg, citado por García y Domínguez, 2012, p.66).

Referente a lo mencionado anteriormente entendemos que Grotberg la describe como una capacidad con la que cuenta el ser humano para afrontar diferentes situaciones que se le presenten en su día a día, ya sea que este le genere un cambio o la supera viéndolas un tanto irrelevante, de igual forma da entender que se debe fomentar desde que el individuo es pequeño para poder obtener una mayor capacidad de afrontamiento hacia sus problemas.

El origen etimológico de la resiliencia proviene del latín, "*re silio*", que significa volver atrás; volver de un salto; resaltar; rebotar. Dicho termino ha sido adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas

personas que; a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo; se desarrollan psicológicamente sanas y con éxito (Rutter,1993, p.66).

De igual modo, Rutter hace mención que no importa en qué situaciones se haya encontrado el individuo, se puede generar una vida en armonía, de igual manera señala las raíces de la palabra resiliencia en las cual da a entender que se da un salto hacia el pasado del individuo.

La resiliencia intenta entender como los niños y niñas, los sujetos adolescentes y las personas adultas son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural (Infante, 2005, p.65).

En comprensión a Infante trata de entender al individuo que a pesar de las circunstancias desfavorables que ha pasado a lo largo de la vida, las personas son capaces de encontrar argumentos positivos que los hagan querer seguir adelante y sobre salir a pesar de las adversidades que se les presenten.

En cuanto la historia de la resiliencia, en los años 70 destacaron un equipo de investigadores los cuales tenían el interés de descubrir los factores de adaptación del ser humano. Su investigación comenzó basándose en la forma de vivir de los niños y niñas que se enfrentan a la adversidad. Un acontecimiento que tuvo relevancia este equipo de investigadores fue el estudio de Werner, quien observo a 500 niños de Hawái ya que una tercera parte de estos a pesar de vivir con padres alcohólicos y someterse a diferentes eventos con estrés, pudieron salir adelante y se formaron como personas de futuro comprometedor. Por ello, la resiliencia se asocia a la presentación de los factores

protectores que moderan los efectos adversos de golpes físicos y emocionales ya que estos se definen como los recursos que corresponde a los niños y niñas, su entorno o la relación entre ambos ya que estos moderan el impacto de los estresores, perturbando los acontecimientos negativos que se aproximen (García y Domínguez, 2012, pp.66-67).

De la misma forma, Bowlby fue uno de los primeros teóricos que utilizó el término procedente de la física de los materiales. Insistiendo en el papel del apego en la génesis de la resiliencia la definió como resorte moral, cualidad de una persona que no desanima, que no se deja abatir.

Después el investigador Anthony indaga más sobre los niños de alto riesgo y al atender los resultados positivos incluye el término vulnerabilidad y semejante a este concepto surgió la tendencia opuesta, la invulnerabilidad, considerado que es invulnerable aquel que no es impregnado por la adversidad, en cuanto a este concepto se mostró un tanto extremo, así entonces se buscó un concepto menos rígido y más global, así pues se encontró la “capacidad de afrontar” y más adelante se prefirió el concepto de resiliencia.

En relación a este último concepto comenzó a utilizarse en el campo de la psicología evolutiva, con el fin de poder explicar por qué algunos niños y niñas frente a una vida de estrés, podían ser capaces de sobrepasar las adversidades y poder mantener una vida más saludable (Puerta y Vásquez, 2012, p.2). Sin embargo, los profesionales tanto de la educación como de la salud conocen a niños, adolescentes e incluso adultos y adultos mayores que viven ciertas tragedias que se manifiestan de forma difícil o imposible de superar. En cambio, la realidad nos señala que una vez superando inmensas desgracias, logran una vida adulta creativa, equilibrada y hasta con humor a pesar de todo.

Asimismo, en la segunda guerra mundial provocó una verdadera revolución en la cultura y la observación de los niños. Ana Freud pudo notar que en ciertos niños insanos mentalmente que había acogido de la guardería de Hampstead, se transformaron en adultos equilibrados. Por otro lado, Françoise Dolto reafirmó a esta idea y mencionó que existen personas a quienes el destino o situaciones de la vida en su transcurso de la infancia, despojaron la presencia de la madre o de ambas figuras paternas, sin embargo, el desarrollo puede ser tan sano, con diferentes características, pero fuerte como los niños que contaron con una estructura familiar completa.

Con base a B. Cyrulnik se menciona en la actualidad dos palabras fundamentales las cuales organizan la manera de comprender y observar el misterio sobre las cicatrices del pasado las cuales son resiliencia y oxímoron. En cuanto a la resiliencia nace de la física y se la da a conocer como la capacidad que el individuo tiene para resistir a un golpe. Por otro lado, el oxímoron se le conoce como característica de un individuo que este herido, pero es capaz de resistir a la adversidad, es decir sufre, pero es feliz ya que se mantiene en vísperas de un cambio positivo, el individuo aprende a vivir con el dolor (Rodríguez, 2009, p.293).

Otro punto es que la resiliencia se origina de una idea donde surge la ansiedad por identificar factores que faciliten a los individuos sobreponerse de una manera exitosa frente a la desdicha y dificultades que se le presenten a lo largo de su vida. Este término se ha complementado de diversas disciplinas, una de ellas es la osteología en la cual se ha utilizado para poder expresar la inteligencia que los huesos tienen para poder crecer en un sentido correcto después de haber sufrido algún tipo de fractura (Badilla, citado por Puerta y Vásquez, 2012, p.1). La segunda disciplina en donde se encuentra es la metalurgia e ingeniería civil la cual menciona que se refiere a la capacidad que algunos materiales tienden a recobrar su figura original después de ser sometidos a algún tipo de presión que los deforme (Munis, Santos, Klotlienco, Suarez, Infante y Grotberg citados por Puerta y Vásquez, 2012, p.1). Y por último, en las ciencias sociales el término se

caracteriza por aquellos individuos que a pesar de haber nacido y vivir en una condición de alto riesgo, son socialmente exitosos y se desenvuelven y desarrollan psicológicamente sanos.

La resiliencia se genera en situaciones adversas ante el individuo en donde esta misma logra superar los factores de riesgo establecidos creando una protección contra las situaciones que sean adversas y que les generen estrés. En estas misma se genera tres variables, la capacidad la cual es una dinámica que el individuo presenta para hacer frente a la adversidad y así mismo superarlas y obtener un cambio en el proceso (Grotberg, citado por Puerta y Vásquez, 2012, p.1). Procesos sociales e intrapsíquicos, en este se conoce como la posibilidad que el individuo adquiere para poder tener una vida sana en un entorno insano. (Osborn, 1993, Suárez, 1995, citado por Puerta y Vásquez, 2012, p.1). Y la última variable se le conoce como resultado el cual es efectivo ya que se refiere al enfrentamiento de la circunstancias y eventos de la vida los cuales generen estrés y sean acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl, 1989, citado por Puerta y Vásquez, 2012).

Así pues, se muestran algunos de los modelos que son utilizados para la resiliencia, al primero que se le hará mención es el modelo tríadico el cual se compone en las cualidades personales que aprueban a vencer la adversidad tales como la autonomía, la autoestima, dándole importancia en el estudio de los factores externos del individuo, tales como el nivel socioeconómico, estructura familiar, presencia de un adulto significativo, así pues llamándole a esta generación como modelo tríadico de resiliencia.

Hay que tener en cuenta que este modelo está formado en cuatro fragmentos, el cual empieza con las características temperamentales y genéticas, esta integra una base en la cual actúan los factores ambientales y sociales. Estudios posteriormente realizados señalan que los atributos psicológicos son de base genética y mediante esto actúa la

crianza y educación por medio del segundo fragmento que se le denomina ambiente favorable, que es aquel donde se le brinda al individuo un escenario en el que se construye el conocimiento tanto físico como social. Posteriormente el tercer fragmento que es fortaleza intrapsíquica.

El cual se basa en las habilidades y destrezas innatas del individuo, las cuales podrán hacerle beneficio a lo largo de la vida. Por último, se encuentra las habilidades adquiridas y orientadas a la acción esta hace énfasis a atención, a la anticipación del futuro, habilidades sociales, resolución de problemas, atención emocional y a la expresión creativa, estos fragmentos tienen su aparición en diversos factores de la resiliencia (Rodríguez, 2009, p.295).

Si bien, se encuentra el modelo de la casita de Vanistendael que contiene cuatro niveles, el primer nivel es el de cimientos, la cual es la aceptación fundamental de la persona/ necesidades básicas, en cuanto la aceptación como lo dice la palabra es cuando el individuo acepta su realidad tal y como es, sin que piense como le hubiera gustado que fuera y en las necesidades básicas se refiere a todo aquello que le ayudara al individuo a crecer como la salud, vivienda, educación, comunicación etc. El segundo nivel que es la planta baja de la casita, es la interacción con la familia, amistades que en este caso genera buenos vínculos para poder interactuar en su entorno personal, ambiental o laboral y redes de apoyo/ capacidad de dar sentido a la vida, aquí el individuo se adecua a una estructura que le otorga algún tipo de contención el cual lo ayuda a encontrar solución a sus problemas viéndolo desde diferentes puntos, el tercer nivel que es el primer piso, se estructura de tres fragmentos, el primero la autoestima y valores, en donde el individuo adquiere la capacidad de apreciarse y aceptarse tal como es con ayuda de los valores que se le fomentan desde la infancia a través de los vínculos de la familia, el segundo, aptitudes y competencia hace referencia en cuanto el individuo obtiene la capacidad para realizar de manera adecuada cierta función servicio o actividad y por último el tercero el humor y creatividad, aquí el individuo logra explotar su talento ya sea

para crear o inventar en el medio que se desarrolle y por ultimo nivel se encuentra el ático, el cual es otras experiencias a descubrir, estas son las expectativas que tiene el individuo a descubrir a lo largo de su vida (Stefan Vanistendael, citado por Gil, 2010, pp.35-36).

Otro de los modelos es el de Glenn Richardson que es llamado el modelo de resiliencia de Richardson, el cual hizo público en el año 1990 en conjunto de Neiger, Jensen y Kumpfer en la cual nos muestra una serie de pasos los cuales puede realizar cualquier individuo para poder enfrentar adversidades presentadas a lo largo de su vida, ya que algunos individuos cuentan con respuestas negativas a estos cambios ya que no todos reaccionan de la misma forma ante las circunstancias que se le presente, esto quiere decir que no todos salen intactos o dañados.

Uno de los puntos fundamentales de este modelo es la reintegración frente a la adversidad, es decir, cuando al individuo se le presenta un estado que le genere desequilibrio se hace presente un encuentro negativo frente a los factores protectores los cuales el individuo posee, de estos depende como amortigüen la situación que se presente teniendo en cuenta que se puede tratar de una decisión consciente o inconsciente.

Este modelo inicia a partir de los recursos internos y ambientales, esto quiere decir que estos recursos influyen para que se genere las situaciones las cuales le causen conflicto al individuo, cuando el individuo adopta de manera positiva el suceso, dándole un significado irrelevante, llamándolo así “adaptación positiva sin ruptura significativa” y dando comienzo a la reintegración a “zona de bienestar u homeostasis”, esta se encarga de que el individuo se mantenga de manera balanceada y saludable, así pues dando a entender que el individuo no logra hacer demasiada importancia a la ruptura y así recupera el equilibrio sin aprender de la situación vivida, esta integración sucede de igual

forma directamente cuando uno de los factores protectores trata de evadir a un suceso traumático.

Por un lado, si la ruptura se hace significativa de manera negativa se genera la reintegración disfuncional esta se refiere cuando el individuo no se siente capaz de hacerse cargo del suceso que se le presenta debido a que los recursos con los que cuenta no están bien cimentados para evadir la ruptura, padeciendo así una reintegración disfuncional en la cual se genera la autolesión en forma de conductas destructivas y consumo de sustancias, de igual manera puede ser ejercerlas en terceras personas ya que en el individuo se genera alteración, en estos casos se requiere de ayuda profesional para poder superar.

Por otro, se encuentra la reintegración con pérdida, la cual hace referencia de que el individuo cuenta con motivación y ganas de superar la ruptura, sin embargo, esta positividad no será lo suficientemente para recuperarse ya que estará frente a dificultades, que le generen un desajuste emocional. Ahora bien, la reintegración con resiliencia esto quiero decir que es la capacidad del individuo para sobreponerse después de haber sufrido una ruptura sin embargo no vuelve al homeostasis, es decir que en esta fase el individuo obtiene un aprendizaje del suceso traumático vivido (Glenn Richardson citado por mi espacio resiliente, 2013, p.1).

Con base a la información previamente mencionada se entiende que la resiliencia es la capacidad que el ser humano obtiene para enfrentar diversas circunstancias que se le presenten día con día.

En la búsqueda de dar significado a la palabra resiliencia diferentes autores se sometieron a investigaciones y observaciones llamando su atención como las personas

que se encontraban no tanto favorables para su desarrollo personal encontraran motivación para poder sobresalir y ser alguien productivo en su entorno, apoyando la comprensión de la resiliencia se desarrollaron diversos modelos funcionales, en los cuales se desarrolla paso a paso las habilidades y necesidades básicas del individuo debe de adquirir de manera correcta para contar con una capacidad de resiliencia adecuada ya que en algunos modelos mencionados se muestran que en ocasiones el individuo no cuenta con la capacidad para afrontar la adversidad.

## **2.2 Construcción de la resiliencia.**

Con respecto a las características que se deben presentar en el individuo, Santiago Moll, 2016 realizó los siete pilares que son atribuidos al individuo que regularmente se les considera como resilientes, los cuales se definen de la siguiente manera (Moll, 2016, p.1).

- ❖ Autoconocimiento: Ser una persona resiliente pasa por hacer un ejercicio de introspección, es decir, debe ser capaz de observarte y conocerte a ti mismo.
- ❖ Motivación: La motivación es un elemento esencial para proporcionar a tu vida un sentido. Lo importante es ser capaz de visualizar un proyecto o, lo que es lo mismo, pensar cómo quieres que sea tu vida a corto, mediano o largo plazo. Una vez sepas hacia donde te quieres dirigir debes tener una determinación y la perseverancia para no abandonar pese a los obstáculos que encuentres en tu camino.
- ❖ Autocontrol: el autocontrol o regulación emocional consiste en afrontar los problemas huyendo del victimismo. Una persona resiliente es capaz de controlar sus impulsos y emociones. Además, puede afrontar los problemas desde una determinada perspectiva y toma decisiones y asumir responsabilidades.

- ❖ Autonomía: tomar distancia emocional y física ante una adversidad es otro rasgo de una persona resiliente. La autonomía personal permite fijar límites entre tú y la adversidad.
- ❖ Confianza: la persona resiliente tiene confianza en sí misma y en los recursos que es capaz de gestionar frente a una adversidad. La confianza viene dada de una adecuada autoestima y también se caracteriza por tener iniciativa y asumir responsabilidades.
- ❖ Relación: otro factor clave para ser resiliente consiste en la habilidad para relacionarse con otras personas a través de una relación saludable. Esto supone comprender y adaptarse como son los demás, confiar en alguien para compartir tus dudas y preocupaciones y desarrollar empatía.
- ❖ Optimismo: no se puede ser resiliente sin tener una actitud positiva, sin ser optimista. Y el optimismo parte siempre de la proactividad, de la aceptación de los errores y de la asertividad.
- ❖ Humor: el humor en las personas resilientes sirve para relativizar las desgracias que pasan en la vida. El humor tiene la virtud de enseñar a las personas que no todo acaba tras ocurrir una desgracia, sino que la vida sigue para todos y hay que vivirla desdramatizándola.
- ❖ Compromiso: no puede haber cambio ni crecimiento si una persona no es capaz de comprometerse consigo misma ni con su proyecto de vida. Porque el compromiso pasa por responsabilizarse de tu propio proyecto hasta alcanzarlo pese a las adversidades.
- ❖ Coherencia: la coherencia basada en la ética y en la moral consiste en mantener la vida en equilibrio entre lo que uno dice y lo que uno hace (Moll, 2016, p.1).

Por otra parte, se encuentra 3 pilares complementarios mencionados por Suarez Ojeda, cabe recalcar que todos estos pilares por mencionar son elementos adecuados para el individuo a partir de los 10 años, los cuales se describen de la siguiente manera:

- ❖ **Iniciativa.** Es la posibilidad de exigirse y ponerse a prueba en y tareas progresivamente más exigentes.
- ❖ **Creatividad.** Es la capacidad de crear orden y belleza a partir del caos y el desorden.
- ❖ **Moralidad.** Consecuencia de extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse en valores. Darle al otro el lugar de un legítimo otro (Suarez, citado por Rodríguez, 2009, p.295).

Hay que destacar que la resiliencia es un factor cambiante e importante con la cual debería contar un individuo desde la infancia para un mejor desarrollo adaptativo, ya que como se mencionó anteriormente que existen personas de escasos recursos que frente a la adversidad que se le presenta logra encontrar argumentos positivos los cuales estimulan el querer seguir adelante. Si bien hay que mencionar que los factores protectores se cambian de moderar los efectos adversos de golpes físicos y morales ya que estos se definen como los recursos de los niños y niñas generados en su entorno o la relación entre ambos así mismo los factores estresores perturban los acontecimientos negativos que se lleguen a presentar. De igual manera se menciona que este término se comenzó a utilizar en el campo de la psicología evolutiva teniendo como fin generar una explicación del porqué, los niños y niñas que han llevado una vida de estrés podían ser capaces de enfrentar las adversidades y llevar una vida saludable. Sin embargo, en cuanto la educación y la salud, algunos profesionales hicieron mención de que conocían desde niños como adultos e incluso adultos mayores que Vivian algunas tragedias y se les hacía de difícil e incluso imposible de superar. No obstante, nos señala que una vez que las tragedias se han superado, estas personas logran llevar una vida plena.

Luego, Cyrulnik hace la mención de dos términos, las cuales son resiliencia que esta nace de la física y es la capacidad que el ser humano tiene para resistir y afrontar algún acontecimiento perturbador y la segunda que es el oxímoron, la cual se caracteriza por la capacidad que un individuo lastimado o herido resiste la adversidad, es decir, este es capaz de mantenerse en sufrimiento, pero es feliz y se encuentra en algún cambio positivo.

Para concluir, se destaca que se aportan tres modelos para el análisis de la resiliencia, los cuales son: el modelo triádico el cual se caracteriza en las cualidades personales que aprueban a vencer la adversidad y está compuesto de cuatro fragmentos los cuales son: las características temperamentales y genéticas, ambiente favorable, fortaleza intrapsíquica y las habilidades adquiridas y orientadas a la acción. De igual manera se encuentra otro modelo que es el de la casita de Vanistendael que está formado por 4 niveles, en el primer nivel se encuentran los cimientos el cual hace referencia a la aceptación fundamental de la persona y las necesidades, en el segundo nivel esta la planta baja la que menciona la interacción con la familia, amistades, redes de apoyo y la capacidad de dar sentido a la vida, en el tercer nivel está el primer piso la cual cuenta con la autoestima/valores, las aptitudes/competencia y el humor/creatividad y el ultimo nivel es el ático que se compone de otras experiencias a descubrir. Por ultimo está el modelo de Richardson que se genera por los recursos internos y ambientales, los cuales tiene dos variables, ya que si la ruptura se canaliza de manera negativa, se llevaran a cabo en tres segmentos, los cuales son: reintegración disfuncional, reintegración con perdida y la reintegración con resiliencia, por otro lado si la ruptura es positiva se encuentra otros tres segmentos diferentes, adaptación positiva sin ruptura significativa, reintegración zona de bienestar que genera la homeostasis.

Por tanto, para la construcción de la resiliencia Moll menciona los diferentes factores que deben intervenir para su construcción los cuales son autoconocimiento, motivación, autocontrol, autonomía, confianza, relación, optimismo, humor, compromiso,

coherencia. Así mismo Suarez complementa estos factores con otros tres más que son, la iniciativa, creatividad y moralidad.

### **2.3 Investigaciones sobre la resiliencia.**

A largo de los años se han hecho diversas investigaciones con la finalidad de analizar los factores que deben de cumplir las personas para incentivar su resiliencia, por lo cual se han tomado investigaciones de distintos lugares con diferentes acontecimientos traumáticos, ya que cada persona no toma de igual forma dichos eventos.

Referente a Fuentes menciona en su tesis que Rojas hizo una investigación, la cual tenía como objetivo establecer la capacidad de resiliencia donde se hace evidente la conducta de las mujeres víctimas de violencia doméstica. Por lo cual se llevó acabo la aplicación de una prueba de resiliencia a 50 mujeres de 15 a 65 años de edad, de estado civil tanto solteras, como casadas, que mostraban maltrato físico, psicológico, sexual, económico y verbal, tanto por parte de sus parejas como de su familia. Determinó que estas mujeres contaban con una alta capacidad de resiliencia, ya que ellas mostraban su gran resiliencia al participar activamente en actividades religiosas, educativas y sociales, con el único propósito de superar las vivencias de la violencia domestica (Fuentes, 2013, p.4).

En relación con lo que se menciona se toma en cuenta la investigación de la tesis “estudio de casos sobre factores resilientes en menores ubicados en hogares sustitutos” de Bogotá, donde en su objetivo principal era exponer los factores tanto de riesgo como de protección, dando así un desarrollo de resiliencia en seis personas del sexo masculino y siete personas del sexo femenino, entre los 10 y 17 años de edad, que fueron protegidos en hogares sustitutos por más de 3 meses. Los resultados mostraron que la mayoría de

los menores detecta un nivel de resiliencia regenerativa y adaptativa, señalando que el lugar donde vivan o el colegio donde vayan, sea una dificultad para su desarrollo de resiliencia, por otro lado, el total de la población muestran en una etapa de desarrollo resiliente media o alta, ya que resaltan sus metas definidas y cuentan con cualidades de independencia económica y el no repetir los mismos patrones de maltrato que se les dio.

La forma que llegaron a estos resultados fue llevando a cabo dos sistemas de medición, la constelación de la adaptación, esta es una metodología para medir las conductas del niño o niña ya sea tanto el éxito como el fracaso en su entorno. Después se hizo la construcción de entrevistas semiestructuradas, con el interés de establecer los factores de protección del hogar y su contexto educativo. Al igual se hizo un diario de campo y se les aplicó el test de Grotberg.

Los resultados de esta investigación arrojan cuatro categorías, la primera que lleva por nombre “sobre vivencia anatómica”, en el cual es el estado de confusión del individuo, donde también tiene dificultad para resolver problemas o adversidades, solo se encontró el 8% de la población. Ya que al sujeto solo se le detectó un factor protector, que es la disposición de aceptar responsabilidades al estudio. Sin embargo, el relato no haber tenido apoyo de personas cercanas a él, pues por parte del sujeto existe una agresión directa hacia las personas de su entorno.

La segunda es la de “resiliencia regenerativa”, en esta el individuo busca las soluciones y apropiación de sus recursos personales y de su entorno. Así mismo hay la existencia de retrocesos en cuanto a una situación que el paciente no encuentre la salida, de los cuales solo se encontró el 38% de los pobladores participantes. Los menores muestran cualidades de mejorar conductas, haciendo así un balance de las habilidades y limitaciones con las que cuentan, cayendo en la realidad en la que viven. Tal es el caso de un menor, donde relata haberse protegido del peligro que vivía con su propia familia

y huir de su hogar, es aquí donde se hace notar el reconocimiento de sentirse valorado, querido por sí mismo y no soportar ningún tipo de maltrato, aunque se trate de su propia familia.

La siguiente categoría que es la tres, se define como “resiliencia adaptativa” de toda la población participante, solo se mostró el 38% de la población, los menores manifiestan una persistente búsqueda de soluciones a sus problemas. La problemática que tiene este grupo de menores, es muy clara, pues es el afrontar sus vidas de maltrato que ya pasaron y tener en cuenta que el apoyo que la institución les brinda no será para siempre. La solución a dichas problemáticas es porque tienen muy presente la existencia de su proyecto de vida, pues esto los lleva a utilizar los recursos con los que cuentan en ese momento para así llevar a cabo el plan de vida ya propuesto. Este tipo de metas se van desarrollándose con el tiempo dentro de la institución.

Para finalizar, se encuentra “la resiliencia floreciente” donde los menores hacen visible las cualidades de cada uno sobre su vida, esto reconoce el manejo de sus recursos tanto internos como externos, solo el 15% de la muestra se ubicó en esta fase. Puesto que son dos menores los que cuentan con el número más alto de factores protectores de toda la muestra. En sus relatos demuestran una buena autoestima que da a flote sus cualidades, los comportamientos que se deben de corregir y con posibilidad de cambiar. Manifiestan muchas respuestas que tiene relación con el apoyo, demostrando así un establecimiento de apoyo entre menores y educadores, pues muestran admiración por ellos, sin embargo, existen otras fuentes de apoyo, tales como amistades, pareja y los compañeros de la escuela. Así mismo encuentran el establecimiento de metas, pues estas les da la esperanza de un “futuro feliz” (Castañeda et al, 2005, pp.2-80).

## **CAPÍTULO III**

### **MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA**

#### **3.1. Modelo psicológico: Cognitivo conductual.**

##### **a) Antecedentes del enfoque cognitivo conductual.**

Durante el transcurso de los últimos años han surgido diversos enfoques terapéuticos, se podría decir que las terapias que han adquirido una mayor relevancia en el campo de la psicoterapia actual ha sido las terapias cognitivas. Diversos factores han aportado para el crecimiento notable de esta misma. Por una parte, se encuentra la unión de las terapias cognitivas con las aportaciones del enfoque conductista, generando una fusión de técnicas para el trabajo en terapia creando la cognitiva conductual.

Hasta este punto encontramos que, como señala Villegas "apenas resulta concebible algún tipo de psicoterapia en la actualidad independiente de su escuela de adscripción, que nos postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognitivo" se encuentra que el rasgo común más notable y que unen los modelos cognitivos los cuales se fundamentan en la importancia que genera las cogniciones, es decir, el origen de los trastornos psicopatológicos como el del proceso de cambio terapéutico. Se entiende que el término "cognición" es utilizado en un sentido en el cual se incluye ideas, hipótesis personales, creencias, expectativas, atribuciones e imágenes, etc.

En lo que se refiere a el sentido amplio, el termino cognitivo no hace relación específicamente a un proceso intelectual sino a patrones complicados en significado en

los que participa pensamientos, conductas y emociones (Feixas y Miro, 1993, pp.207-208).

Las terapias cognitivas han alcanzado en un lapso limitado una gran relevancia en el contexto de la psicoterapia como previamente se señaló son varios los factores que han ayudado a este desarrollo, desglosado en gran parte de las condiciones históricas en el que se incrementaron.

Sin embargo, estas teorías cognitivas no solo se les atribuyeron a los pensadores de grandes tallas, tales como Beck, Ellis y Kelly, sino que también pudieron coincidir con una peculiar orientación de la terapia conductual y ahora ya conocido como el enfoque denominado cognitivo conductual. Tal tendencia de indagar se muestra en el gran número de estudios ya realizados, como enfoques terapéuticos ya clásicos, tales como conductismo y psicoanálisis (Feixas y Miro, 1993, p.209).

## **b) Principales exponentes**

En cuanto a lo cognitivo destaca como uno de los principales exponentes Albert Ellis el cual desarrollo la terapia racional emotiva la cual se centra en el presente y en las creencias irracionales del paciente en el cual hace notar que el rol que juega el terapeuta es más directo e incluso a comparación de las otras terapias, es desafiante.

Ellis propone que los conflictos que pasa el individuo durante la vida cotidiana no son el resultado de cómo se llega a sentir; él menciona que más bien es la forma en la que el paciente piensa y cree. Es la manera en la que se ajusta al medio ambiente. De igual forma Ellis señala, que en la forma en la que el paciente siente varía en la forma en el que este mismo interprete los sucesos.

Hay que destacar que se identifico un número de creencias o pensamientos que pueden generar en el individuo ansiedad o depresión, en las cuales se encuentra (Worchel y Shebilske, 1998, p.572).

- Es necesario que yo sea querido por todas las personas significativas de mi medio ambiente.
- Es absolutamente necesario que yo sea completamente competente, suficiente, y lo lleve a cabo en todas las áreas o de otra forma seré un inútil.
- Si algo es peligroso, yo estaría constantemente preocupado por ello.
- Es un desastre terrible si las cosas no nos cierran el camino, yo quiero que nos lo cierren.

Con respecto a las anteriores menciona que un pensamiento mal estructurado en la cabeza o es decir “mal hecho con la cabeza” es un factor para desarrollar el estrés psicológico, por lo cual, la terapia racional emotiva tiene como finalidad poder ayudar a las personas a que reestructuren la forma en la que piensan. Para hacer posible esto se necesita que el terapeuta confronte activamente las creencias irracionales que el paciente tiene sobre los sucesos o circunstancias y los puntos más racionales de la manera de pensar. De igual forma se hace uso de la confrontación ya que el terapeuta lo utiliza para poder ayudar al paciente para reconocer lo ilógico de las creencias y pensamientos para de esa forma poder eliminarlos o cambiarlos, en esta terapia se hace énfasis en que le paciente se haga consciente de las creencias internas y pensamientos, esta terapia se centra en el presente ya que el problema y la solución se encuentran en esta etapa del individuo a pesar de que los pensamientos irracionales y las creencias son del pasado del paciente (Worchel y Shebilske, 1998, p.572).

A este terapia se le conoce de igual manera como (TREC) terapia racional emotiva conductual en la cual se plantea una técnica ABC, en la cual es su función de contemplar

la personalidad, Ellis explica que la terapia regularmente tiene un comienzo con la “C” el cual se encarga de explorar al sentimiento de depresión, ansiedad y de utilidad o la consecuencia emocional, por la cual ha llevado al paciente a solicitar terapia, generalmente el individuo da significado “C” a “A”, como a experiencia activadora, que será el estímulo el deber del terapeuta es hacerle notar que entre estos dos interviene un tercer factor denominado como “B” el cual hace referencia al sistema de creencias del paciente el cual lo hace llevar de “A” hasta “C” (Papalia y Wendkos, 1988, p.589).

Como se ha dicho la afirmación de Ellis menciona que desde el punto de vista constructivista esta terapia es capaz de aceptar alguna realidad externa, el ser humano auto-organizado logra entender y dar significado a esta terapia, estando de acuerdo con algunos autores esta terapia puede no existir por sí misma, es decir los individuos no se adaptan de modo pasivo a las reglas culturales y familiares, sino que construyen las propias, apropiándose de importantes variantes e ideas para crearlas.

Ahora bien, la TREC no tiene cuenta con un criterio en absoluto o invariable de racionalidad, los terapeutas que la ejercen no eligen el valor, la meta y el propósito del paciente ni les enseñan la forma en la que estos se deberían ejecutar adecuadamente, por ello esta terapia se define la percepción que la gente le da a la realidad como irracional solamente cuando crea o construye sentimientos, conductas o pensamientos que con frecuencia destruyen o sabotean sus propias metas, valores e intereses (Álvarez, Escoffié, Rosado, Sosa, 2016. p.57).

En consecuencia, Aarón Beck desarrollo la terapia cognoscitiva ya que este piensa que la depresión se origina por una serie de factores que son negativos para el pensamiento de la persona hacia sí mismo.

Hace énfasis en las personas depresivas ya que estas interpretan los hechos que se le presentan de una manera muy autocrítica, inconveniente y distorsionada este tipo de persona tiene creencias poco realistas ya que suelen, exagerar los fracasos que tienen, generaliza negativamente sin fundamentos hacia sí mismo, solo se queda con lo negativa que la gente de su alrededor opina de ella y asimila como fracaso todo lo que no puede lograr.

Con respecto a Beck se encuentra que la terapia cognoscitiva para tratar la depresión fue una de sus aportaciones a estas se le conoce simplemente como terapia cognoscitiva o en algunas situaciones terapia cognoscitiva de Beck para distinguirla de las categorías en general cuando Beck se refiere a la depresión piensa que tiene origen en ciertos patrones negativos del pensamiento del individuo que desarrolla sobre sí mismo es decir esto se interpreta de manera muy distorsionada a los hechos son muy autocríticos e inconveniente este tipo de individuos suele tener expectativas poco realistas ya que exagera sus fracasos con poca frecuencia hace generalizaciones negativas absolutas sobre sí mismo se queda solo con lo que el mundo exterior le menciona de forma negativa y dar significado como fracaso todo lo que no sea un éxito rotundo, según Beck este espiral de ideas negativas y distorsiones cognoscitivas forman la esencia de la depresión, Beck supone que las causas de la depresión se asemejan a la de la terapia racional emotiva solo que el estilo de tratamiento es diferente de forma considerable, es decir los terapias cognoscitivas deben de adoptar una actitud de menor desafío y confrontar a los racionales emotivos, con esto entendemos que procuran ayudar al paciente examinando y todos los pensamientos disfuncionales apoyando, pero en una forma científica y subjetiva (Morris y Maisto, 2001, p,554)

No obstante, Kelly es considerado el primer teórico que presenta una teoría basada en la personalidad utilizando el enfoque clínico, y la cual se considera cognitivo. Refiere que la anticipación del paciente es el causante de sus procesos psicológicos.

Por ende, esta teoría se basa en el orden de las estructuras de significado del individuo, por lo cual en la parte práctica clínica se le brindara la comprensión de sus estructuras ya establecidas. Ya que el psicólogo hará que adquiera una nueva construcción alternativa que proporcionara un sentimiento nuevo hacia sí mismo y su alrededor (Feixas y Miró, 1993, p.211).

El trabajo de Kelly describe un modo de ver a la persona como un científico es decir siempre trata de mejorar el pronóstico sobre el comportamiento de los individuos y procura ampliar el rango de fenómenos que abarca su teoría en la cual destaca los constructos, así le llama a la forma en la que el individuo interpreta o analiza el mundo y los problemas que existen, cuando el individuo tiene constructos no adaptativos o los aplican de manera no adaptativa, es decir, en este último casos se incluyen las personas que aplican rígidamente la misma forma de ver los acontecimientos a pesar de que cambien las circunstancias o que aplican sus constructos de manera aleatoria y hacen que la vida se convierta en algo absolutamente confuso. Para Kelly la meta era ayudar al individuo a mejorar sus predicciones y ser abierto a poner a prueba sus sistemas de constructos frente a los acontecimientos Kelly como terapeuta desempeño un papel más activo animando a pacientes a examinar sus constructos y a ser que la experimentación fuera parte de su vida (Pervin, 1998, p. 9).

### **c) Técnicas**

Cada enfoque trabaja desde su perspectiva para la atención de los diferentes trastornos, proponiendo un conjunto de técnicas para el proceso terapéutico. En específico el enfoque cognitivo conductual está integrado por técnicas provenientes del conductismo y por técnicas meramente cognitivas. a continuación, se enlistan las técnicas propias del enfoque.

## **A) Técnicas cognitivas**

- Formas de discusión teórica: Lógica. Se busca a coherencia lógica o deductiva del observado.  
Empírica. Se verifica la realidad que sucede lo enunciado o que en los hechos las cosas no ocurren o no son así.  
Pragmática. Se comprueba si la ley o el pensamiento (creencia) sostenido sirve o es útil para encarar las situaciones o resolverlas de manera satisfactoria o si, por el contrario, es inútil o incluso contraproducente y causante del trastorno o “empeoramiento”.
- Biblioterapia. Dicha técnica tiene como objetivo generar una mayor consciencia y conocimiento tanto del proceso terapéutico que lo ayudara generar un adecuado entendimiento y facilitara el compromiso con la terapia, como el padecimiento que acude a terapia.
- Imaginación racional emotiva. Implica idear con tal viveza un acontecimiento activador que hace sentir a la persona de forma alterada.
- Proyección en el tiempo. Se usa para conseguir una reestructuración cognitiva, al apreciar que no es tan “terrible” que ocurre algún hecho temido; ver que las consecuencias de un hecho no son tan malas como se espera; aceptar lo peor que pudiera pasar, para cambiar lo que se puede modificar.

## **B) Técnicas conductuales**

- Implosión. Tareas en vivo; permanecer en una situación desagradable. Cambios más rápidos y drásticos que la desensibilización gradual (acercamiento paulatino al problema a través de ejercicios terapéuticos graduados de mayor a menor grado de disconformidad utilizado en fobias, por ejemplo). Tiene algunos riesgos para ciertos clientes o problemas.

- Técnicas de condicionamiento operante y contratos conductuales. Empleo de refuerzos o premios por realizar una conducta deseada, o penalizaciones por no tener conductas esperada o recaer en conductas inapropiadas. Contratos conductuales para comprometerse en un cambio de conducta, con las consecuencias de refuerzos o penalizaciones si se lleva a cabo o no.

### **C) Técnicas emotivas**

- Aceptación incondicional. No solo la aceptación condicional del terapeuta hacia el cliente, sino que el paciente aprenda aceptarse a pesar de sus errores y defectos. Que no se juzgue como persona sino por sus hechos.
- Métodos humorísticos. Uso de canciones humorísticas o tomar con humor las cosas negativas por las que pasamos; desdramatizar las situaciones cotidianas por medio de la exageración.
- Inversión del rol racional. Argumentaciones fuertes y dramáticas entre el “sí mismo” e irracional y el “sí mismo” racional, para darse cuenta de las polaridades, pues las personas suelen tener pensamientos contradictorios ante un mismo evento.
- Ejercicio de ataque de vergüenza. Ejercicios ideados para sentir lo que de manera habitual se llama vergüenza, aunque inofensivos, propician acostumbrarse a esa situación y dejar de juzgarse a sí mismo.
- Ejercicios de riesgo calculado. Realizar ejercicios experimentales para conseguir cambiar alguna conducta o sentimiento a través de acercamientos prácticos, que no supongan excesivo riesgo para nosotros o los demás.
- Tareas para casa. Las lógicas de dichas tareas se pueden dividir por dos. Una parte, se mantiene las intervenciones en el consultorio durante la semana, una de las razones por las cuales este modelo se considera breve, pues en poco tiempo y con el trabajo

intenso el cliente vera resultados positivos. Por otra parte, el set terapéutico no es visto como un micro universo del mundo real, como en el caso del psicoanálisis, sino que es un espacio de trabajo y gestión de cambios enfocados fuera del consultorio (Álvarez, Escoffié, Rosado y Sosa, 2016, pp. 59-62).

Por otro lado, se encuentran distintas técnicas cognitivas que son utilizados dentro de la terapia, Feixas y Miró presentan los recursos técnicos propuestos por diferentes autores:

- Técnicas de distracción. La propuesta de actividades agradables para el individuo o entretenidas (rompecabezas, ejercicio físico, escribir, escuchar música, etc.) en momentos de depresión o ansiedad permite dirigir los procesos de atención hacia otro tipo de estímulos, incrementando la probabilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos.
- Relajación. La ventaja cognitiva de este procedimiento clásico es su valor a en cuanto a incrementar la percepción que el propio autocontrol tiene el cliente. Ello puede mejorar la autoimagen del sujeto, independientemente de sus efectos sobre el sistema psicofisiológico, en el sentido de la reducción del arousal.
- Valoración del dominio y agrado. Consiste en pedir al cliente que registre mediante una escala del 1 al 5 el nivel de agrado de dominio con que realizan sus actividades diarias. Una de sus ventajas cognitivas estriba en que permite el valor éxitos parciales y niveles bajos de agrado, contrarrestando así el pensamiento absolutista dicotómico de “todo o nada”.

- Autoobservación (self-monitoring). Equivalente a la línea base conductista, permite obtener información más precisa sobre las actividades del cliente y su estado de ánimo. A partir de la perspectiva cognitiva este procedimiento no solo proporciona una evaluación conductual, sino que permite iniciar otras intervenciones destinadas a cuestionar el procedimiento de la información que lleva a cabo el cliente.
- Entrenamiento en habilidades específicas. Cuando la evaluación del problema identifica un déficit específico la mayoría de modelos cognitivos introducen elementos de entrenamiento adecuados para incrementar las habilidades del cliente (comunicación, asertividad, resolución de problemas, hábitos, etc.) dicho entrenamiento introduce un sentimiento de confianza y puede modificar el esquema del self surgiendo una imagen más positiva y competente de sí mismo.
- Ensayo conductual y role playing. En general tiene la función de practicar en la consulta conductas que el cliente deberá realizar en su contexto natural. Permite activar los esquemas anticipatorios (a menudo negativos) bien proporcionar pruebas favorables en cuanto a las posibilidades de ejecución del cliente.
- Explicación del fundamento teórico al cliente. La breve y sencilla exposición del modelo cognitivo que se va a aplicar (por ejemplo “el estado de ánimo se ve más afectado por nuestra interacción o pensamiento que por los acontecimientos mismos), de las causas de su problema u de los objetivos de la terapia, proporciona un marco claro y esperanzador donde el problema queda explicado y se deslumbran alternativas del futuro. Con ello se pretende combatir la desesperanza con que a menudo acuden los clientes a consulta.
- Identificación de pensamientos disfuncionales. La detección de la aparición de tales pensamientos automáticos, al mismo tiempo que se dan, por ejemplo, una bajada en

el estado de ánimo, permite al terapeuta involucrar al paciente en la tarea de combatirlos. Su detección permite el empleo de alguno de los procedimientos que siguen:

- Registro diario de pensamientos disfuncionales. Se trata de un registro de Beck et al. (1979), que constituye la esencia de la terapia cognitiva para la depresión, aunque se puede emplear también en otros trastornos. Se puede aplicar de forma gradual a dos, tres, o cinco columnas. El uso de dos columnas se corresponde con la autoobservación (situaciones y emociones que suscitan). La inclusión de la tercera columna supone el registro de los pensamientos automáticos que influyen en el estado emocional negativo. La cuarta parte supone una respuesta racional al pensamiento automático, lo cual implica una intervención sobre los pensamientos anteriores. En la quinta columna hay que registrar la emoción resultante de tal intervención. En sí mismo, este proceso es el núcleo de esta terapia cognitiva, y se va aplicando progresivamente, primero en la consulta con la ayuda del terapeuta, y, posteriormente, el cliente lo aplica como tarea en su casa, hasta que la realiza de forma automática en su vida cotidiana.
- Análisis de costes y beneficios. Supone plasmar en una hoja de papel un análisis de las ventajas y desventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático creencia, o bien de realizar una determinada conducta. Al final el cliente distribuye 100 puntos entre la columna de ventajas y las desventajas, quedando así visible si es racional o no mantener tal creencia o conducta.
- Trabajo con imágenes. Muchos clientes evocan imágenes intensas, por ejemplo, ante situaciones ansiosas en lugar de pensamientos automáticos. En esos casos, el trabajo con imágenes del enfrentamiento, o bien con la evocación voluntaria de otras más placenteras, relajantes o positivas, puede tener un efecto positivo.

- Identificación de esquemas. Después de la detección y discusión de un cierto número de pensamientos automáticos se puede observar un predominio de ciertos temas que reflejan el control que determinados esquemas supraordenados tienen sobre el patrón e idiosincrásico de procesamiento de información del cliente. Tales esquemas se ponen, entonces, en tela de juicio.
- Técnica de rol fijo. Es un procedimiento complejo diseñado por Kelly (1955) en el que el cliente escribe una descripción de sí mismo (auto caracterización) y luego el terapeuta la reinscribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Se pide entonces al sujeto que ejecute el nuevo rol en su vida cotidiana durante dos semanas con la debida preparación y entrenamiento. Acabo este intenso periodo la nueva perspectiva adquirida permite que el cliente, con la ayuda del terapeuta, reestructure algunos de sus viejos esquemas supraordenados.

Lo mas importante es que, se encuentra una técnica de relajación de Jacobson, llamada relajación progresiva, la cual se basa en un método fisiológico, determinado hacia el reposo, sirviendo así de gran utilidad para los trastornos que requieren de un reposo muscular intenso. Esta técnica apoya más a un estado corporal energético ya que lo lleva intensamente a el reposo, atiende la unión intima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando así el poder liberar uno, implicando liberar el otro. Haciendo que el cuerpo note una mejoría, sintiendo así una sensación agradable conforme se va empleando dicha técnica, la sensación aumentara con cada ocasión que se practique, de ahí su nombre de progresiva, ya que se va logrando estados de dominio y relajación de manera gradual, siendo poco a poco, pero cada vez más intensos y eficaces.

Sin embargo, Jacobson expone su técnica para que la relajación muscular voluntaria sea un conducto para conseguir un estado profundo de calma interior, que genera cuando la tensión innecesaria abandona al individuo. Cuando el ser humano acepta

liberarse de la tensión física, da el paso anticipado y necesario de probar la sensación de calma voluntaria. Ya que las áreas en las que el individuo acumula tensión son diversas.

Dicho de otra manera, esta técnica obtiene disminuir los estados de ansiedad generalizados, pues hace relajar la tensión muscular y la facilidad del conciliar el sueño. Este método cuenta con tres fases:

**Posición inicial:** Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

**1° FASE:** Tensión-relajación.

- **Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden** (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
  - **Frente:** Arruga unos segundos y relaja lentamente.
  - **Ojos:** Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
  - **Nariz:** Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
  - **Boca:** Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
  - **Lengua:** Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
  - **Mandíbula:** Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.
  - **Labios:** Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
  - **Cuello y nuca:** Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
  - **Hombros y cuello:** Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- **Relajación de brazos y manos.**

- Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relájate lentamente.
- **Relajación de piernas.**
  - Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
- **Relajación de tórax, abdomen y región lumbar** (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
  - **Espalda:** Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notara la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
  - **Tórax:** inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
  - **Estomago:** Tensar estómago, relajar lentamente.
  - **Cintura:** Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

**2° FASE:** repaso.

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

**3° FASE:** relajación mental.

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

### **3.2. Área de la psicología: clínica.**

Por lo que se refiere a la psicología clínica es un campo disciplinario de continua transformación la cual requiere de actualización constante, reflexión y renovación, es un

campo heterogéneo el cual se encuentra lleno de procedimientos y teorías. Sin embargo, se reconoce al psicólogo clínico como el ser humano que hace promoción de la salud mental, rehabilitación e intervención de las personas que presentan algún trastorno mental y físico.

Hay que tener en cuenta que la psicología surge para brindar soporte a las profesiones de ayuda que entienden la patología o anormalidad. El termino nace de la etimología griega, klinós el cual le da el significado de cama, este en términos clínicos se interpreta de la siguiente manera “se inclina sobre el que yace en la cama”.

Esta área orienta a quien tiene problemas y trastornos, hace énfasis en el caso individual, se comprende que el psicólogo es la persona profesional que facilita la intervención de personas con sufrimiento y angustia frente a alguna adversidad (Sánchez, 2008, p.1).

En el caso de la psicología clínica tiene sus inicios en ser una ciencia a la cual le interesa el estudio de la conducta desviada o anormal basándose de una gran variedad de encubiertos y fenómenos manifiestos, ya sea adaptativos o mal adaptativos o consientes o inconscientes.

Entre las áreas de la psicología clínica se encuentran la fenomenología los regímenes terapéuticos derivado de la psiquiatría, en el diagnóstico clínico, áreas como la psiquiatría de los ámbitos educativos y de reclutamiento militar; la modificación conductual y el método experimental surgieron en el laboratorio y todos ellos se fueron incorporando en un campo disciplinar específico, que, desde el punto de vista psicológico, ofrecen servicios profesionales a los individuos que acuden a las sesiones por padecer

sufrimiento y angustia de forma primaria; o de manera secundaria, por el sufrimiento que causa otras condiciones o enfermedades (Sánchez, 2008, pp.3-4).

En cuanto a la aparición formal de la psicología clínica fue en el año de 1986 en la universidad Penn por Lightner Witmer que utiliza el término para dar significado a sus esfuerzos personales realizados con respecto a la discapacidad intelectual. Witmer comprendía a la psicología como la disciplina que se vincula con la investigación científica y se sometía a la prueba de la eficiencia en la práctica y la utilidad.

A finales de 1929 los psicólogos clínicos comenzaron con inquietud con ser reconocidos, en 1935 el comité de normas definió a esta área como “el arte y técnicas relacionados con los problemas de adaptación de los seres humanos” (Sánchez, 2008, pp. 4-6). Ahora bien, a principios del siglo XX se hizo notar la preocupación hacia la psicología en México, y la inclinación por invitar a eventos académicos y médicos a científicos extranjeros. En cuanto al surgimiento de la psicología como ciencia cuando se hace hincapié en los temas psicológicos en un sentido más amplio, se enlazan con problemas médicos y de filosofía antes del siglo XIX.

La psicología moderna surgió en el año de 1896 en México cuando se fundó el primer curso de psicología en escuela nacional preparatoria por Ezequiel Chávez, en esta primera época fue notorio la influencia de la psicología alemana y francesa. En los años de 1940 a 1950 se entendía a la psicología elementalmente como la mezcla de psiquiatría, psicometría y análisis existieron escasos trabajos que resaltaron y los cuales se adecuaron de pruebas extranjeras y ensayos psicoanalíticos. En el transcurso de los años del 1960 a 1969, la autoridad estadounidense hace a un lado a la europea. Galindo propone tres enfoques importantes para la psicología en México, en los cuales se encuentra el enfoque conductual, transcultural y el psiquiátrico-psicométrico. El transcultural encaja con la fundación de la licenciatura en psicología en 1959 en la

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) el cual hace conexión con los psicólogos de la universidad de Texas Austin y a los rededores de la figura de Rogelio Díaz Guerrero.

Por un lado, nos referimos al campo profesional en México los psicólogos históricamente han ejercido como auxiliares en psiquiátricos y como administradores de pruebas psicológicas. Sin embargo, Norcross y Kart-Bray especificaron que las actividades que realizaban los psicólogos clínicos se dividían en diversas áreas laborales encontrando que un 84% mencionaron ofrecer fundamentalmente asesorías psicoterapéuticas apoyo en el gabinete a pacientes a quienes padecen trastornos mentales y otros trastornos físicos o problemas de vida y orientación.

Por otro lado, un 66% basándose en la realización de evaluación y diagnóstico en su práctica clínica; la mitad ejercer algún tipo de labor docente, el 62% a la supervisión clínica y la mitad aproximadamente a tareas de investigación, administración de servicios o consultoría (Sánchez, 2008, pp. 7-10).

Brevemente, en el código ético del psicólogo, escrito por la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), describe que la ética profesional al ejercer la psicología clínica debe regirse por principios básicos:

- a) Respeto por los derechos y la dignidad de las personas.
- b) Cuidado responsable
- c) Integridad en las relaciones.
- d) Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

Algunos de los problemas más frecuentes y dilemas éticos que se presenta en relación son, problemas de competencia profesional, es decir, cuando una valoración se

realiza por individuos que no están preparados y dan interpretaciones erróneas, no aplican correctamente las pruebas o las usan incorrectamente. El segundo problema que se presenta y afecta a las relaciones con los pacientes; sucede cuando estos son familiares y pacientes o son estudiantes y pacientes: en ambas situaciones están contraindicadas en la práctica clínica. Y con menos reiteración los casos de relaciones amorosas y sexuales con los pacientes. Como tercer aspecto se encuentran las quejas frecuentes debido a los precios excesivos de los servicios psicológicos, el ofrecer curas milagrosas o el establecer terapia en casos que no lo requieren, todos estos problemas se pueden conceptualizar dentro de un solo rubro denominado práctica profesional fraudulenta.

Por último y más importante se encuentra un conflicto ético en la confidencialidad psicológica, en la cual si se rompe puede llevarse a un juicio legal por el hecho de informar a los familiares de la salud del paciente, psicólogo clínico tiene como obligación romper la confidencialidad solo si el paciente u otra persona se encuentra en alguna circunstancia de riesgo para el o terceros, en este caso se debe de capacitar al psicólogo para que sepa qué medidas tomar y proceder de la mejor forma y así dar aviso a familiares y autoridades correspondientes (Sánchez, 2008, p.12).

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. Planteamiento del problema**

El estrés es generado por distintos estímulos estresores que se presentan en la vida diaria del ser humano, es de suma importancia ya que puede generar diferentes patologías, una de ellas y la más recurrente es la ansiedad, mismo que puede perjudicar a tanto hombres como mujeres, sin importar la edad, la clase social, o el estado civil que se encuentre la persona. Afectando así las diferentes esferas del paciente, llevando acabo un desequilibrio emocional, haciendo que no se sienta a gusto con lo que vive día con día.

Hay que tener en cuenta que se desglosa el estrés postraumático el cual se genera por diferentes eventos que el ser humano fue sometido y considera difíciles de afrontar ya sea de forma natural o inducido, los cuales le repercuten en la salud física y mental llevándolo a un desequilibrio haciéndolo ser una persona desconfiada y temerosa de lo que lo rodea, cabe destacar que ante este trastorno las personas reaccionan de diferente manera.

Con base a esto, se detecta que la resiliencia es un factor positivo para hacer frente a las adversidades, las personas que cuentan con una baja resiliencia, suelen ser más intolerantes a la frustración, ya que los que cuentan con una resiliencia estable tienen la capacidad y facilidad para afrontar los problemas que se le presenten a lo largo de su vida, ya que las adversidades no se tienen previstas en tiempo, lugar o forma. Es por ello que se considera de suma importancia tener una resiliencia estable, para así mismo mantener un balance en su vida.

#### **4.1.1. Pregunta de investigación**

¿Existe una relación entre la resiliencia y la presencia de estrés postraumático en jóvenes y adultos de la ciudad de Orizaba Ver?

#### **4.1.2. Justificación**

El estrés postraumático es un tema poco mencionado, ya que muchas personas piensan que solo se presentan en aquellas que son víctimas de abusos sexuales o veteranos de guerra, sin embargo, no es así en la actualidad este trastorno se puede generar directamente, es decir, cuando el individuo lo vive en carne propia e indirectamente, por ejemplo, cuando le ocurre a familiares, amigos o conocidos del individuo que al contarle dicho evento, suceso, esto le cause impacto al individuo, el cual le genere conflicto difícil de afrontar o superar.

Con base a la investigación que se realizó en esta tesis se debe destacar que choques, catástrofes naturales, muertes, asaltos, secuestros, violaciones, violencia familiar, son estímulos para que este trastorno se presente en el individuo, sin importar la edad, sexo, estado civil, posición económica y profesión

Para comprobar dicha investigación la muestra que se utilizó fueron de 100 personas de ambos sexos, de 16 a 56 años de edad, de los cuales algunos son estudiantes de nivel preparatoria y universitarios, así mismo, profesionistas y amas de casa, donde se refleja que no es de relevancia ser de diversas edades puesto que el evento causa el mismo nivel de impacto en los individuos, pero el grado de afectación puede variar.

#### 4.1.3. Formulación de la hipótesis

Si existe una relación negativa entre la resiliencia y la presencia de estrés postraumático en jóvenes y adultos de la ciudad de Orizaba Ver.

#### 4.1.4. Determinación de las variables y Operacionalización

- Variable dependiente: estrés postraumático
- Variable independiente: resiliencia

Variable	Definición teórica	Definición operacional
Estrés postraumático	El estrés se describe con frecuencia como una sensación de agobio, preocupación y agotamiento. Afecta a personas de cualquier edad, género y circunstancias personales y puede dar lugar a problemas de salud tanto física como psicológica (Baum, 1990, pp.653-675).	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F) que consta de 7 sección, que incluye reactivos tipo escala Likert, preguntas dicotómicas y preguntas abiertas
Resiliencia	Es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Grotberg, citado por García y Domínguez, 2012, p.66).	Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español, que consta de 14 reactivos tipo escala Likert

#### **4.1.5. Objetivos de la investigación**

##### **Objetivo general:**

- Determinar si existe una relación positiva entre resiliencia y estrés postraumático en jóvenes y adultos de la ciudad de Orizaba Ver. Mediante la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la Escala de Resiliencia Propiedades de la Versión en español.

##### **Objetivos específicos:**

- Sustentar teóricamente la investigación a través del análisis y la lectura sobre las teorías del estrés postraumático y la resiliencia, dando así a conocer la relación que tiene una sobre otra.
- Determinar los instrumentos que cuenten con las características psicométricas requeridas para la recolección de datos sobre la resiliencia y el estrés postraumático
- Analizar los datos recolectados con los instrumentos mediante el programa SPSS para describir los resultados de la investigación

#### **4.2. Enfoque de la investigación: Cuantitativo.**

“Utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas e investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de una población” (Hernández, Fernández y Baptista, 2013, p.5).

Hay que destacar que este método de investigación es el apropiado debido a que cubre las características fundamentales de la medición que se utilizara en los instrumentos ya aplicados.

#### **4.3. Alcance de la investigación: correlacional**

“Este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, estrategias o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables” (Fernández y Baptista, p.93, 2014).

Por lo que se refiera al alcance de la investigación, se determina correlacional ya que nos permite saber el nivel de relación de las dos variables de interés que se quieren investigar, ya que permite medir cada variable, calificar, analizar y posteriormente establecer los vínculos, como bien se menciona este alcance logra analizar de dos hasta cuatro variables.

#### **4.4. Diseño de la investigación: No experimental.**

“Se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, observa fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlo” (Hernández, Fernández y Baptista, 2013, p.267).

Es decir, en esta investigación como bien se argumenta se basa principalmente en la observación de los fenómenos o acontecimientos que se presenten en la vida diaria en su entorno natural, sin hacer alguna modificación a las variables, para después llevar a cabo su análisis.

#### **4.5. Población y muestra**

Hombres y mujeres, adolescentes y adultos, de 16 a 56 años de edad, que radican en la ciudad de Orizaba, Veracruz.

#### **4.6. Contextos y escenario (lugar)**

En Veracruz de Ignacio de la Llave, se encuentra ubicado el municipio de Orizaba, el cual es considerado un pueblo mágico desde hace 5 años, se distingue por sus valores unido, responsable y solidario. Cuenta con un patrimonio turístico, culturales, arquitectónico y gastronómico. Y en la actualidad su población es de 128,889 habitantes.

#### **4.7. Procedimientos**

Se llevó a cabo la aplicación de dos escalas que ayudaran a determinar el grado de resiliencia y estrés postraumático que puede vivir un individuo, las cuales son Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F) y la Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14) Propiedades Psicométricas de la Versión en español, se aplicó a 100 ciudadanos de Orizaba, Ver. Del 20 de enero al 11 de marzo del 2020. De diferentes instituciones como la Universidad de Sotavento, de los cuales participaron de la licenciatura de psicología, enfermería y pedagogía, maestros y personal académico, también del Instituto de la Vera Cruz con estudiantes de nivel preparatoria, al igual que los estudiantes del Instituto Tecnológico de Orizaba de la carrera de Ingeniero mecánico.

#### **4.8. Instrumentos**

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F) la primera sección cuenta con 16 preguntas abiertas, la segunda sección cuenta con 5 preguntas tipo escala Likert y 1 pregunta dicotómica, la

tercera sección cuenta con 3 preguntas tipo escala Likert y 2 preguntas dicotómicas, la cuarta sección cuenta con 4 preguntas tipo escala Likert, la quinta sección cuenta con 6 preguntas tipo escala Likert, la sexta sección cuenta con 7 preguntas tipo escala Likert y 1 pregunta dicotómica, la séptima sección cuenta con 6 preguntas tipo escala Likert y 2 preguntas dicotómicas.

Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14) Propiedades Psicométricas de la Versión en español. Elaborada por, David Sánchez Teruel y María Auxiliadora Robles Bello. Esta escala tiene una adecuada consistencia interna y validez de criterio calculada con otras medidas de resiliencia general. La cual está estructurada por una sola sección de 14 reactivos tipo escala Likert.

## Sesiones

<b>Sesión 1</b>	
<b>Objetivo</b>	Establecer empatía y confianza con el paciente, así como recopilar los datos pertinentes para su expediente clínico.
<b>Desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista: esta ayudará a sondear la relación en las diferentes esferas del paciente, tales como la familia, sus amistades y su pareja, así también saber cómo se percibe a sí mismo. De igual forma en caso de sentir algún malestar físico como falta de respiración, insomnio, etc.</li><li>• Escala: se aplicarán dos escalas, las cuales serán de apoyo para saber cómo se encuentra actualmente el paciente. De manera que la primera escala a aplicar será la Escala de resiliencia de 14 ITEMS (RS-14) ya bien dicha por su nombre, mostrara que alta o baja es su resiliencia y las cualidades con las que se podrán trabajar. Sin embargo, la segunda es la Escala de gravedad de síntomas de trastornos de estrés postraumático según el DSM-5 versión forense (EGS-F) mostrará el grado que se encuentra su episodio de estrés postraumático.</li></ul>
<b>Cierre</b>	Concluyendo así, se le explicará al paciente el ¿Por qué? Se aplicaron dichas pruebas, se establecen horarios y fecha para próxima sesión y se despide cordialmente al paciente.

<b>Sesión 2</b>	
<b>objetivo</b>	Informar sobre el estrés postraumático e identificar los pensamientos disfuncionales, mediante el registro de diario
<b>Desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindarle información sobre el trastorno que presenta “estrés postraumático”.</li> <li>• Explicar y trabajar llevando a cabo el modelo de la casita de Venistendael, ya que los cuatro niveles de este método indicará lo positivo con lo que cuenta el individuo, el cual ayudará a hacerlo consciente de la situación y comenzar el proceso de aceptación.</li> </ul>
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ABC: con esta técnica se logrará saber su C, que es la consecuencia emocional, la A, el estímulo que provoca dicha situación y la B, el sistema de creencias que tiene el individuo.</li> <li>• Identificación de pensamientos disfuncionales: apoyándonos con la información obtenida de la técnica del ABC, se le brindará la herramienta de registro diario de pensamientos disfuncionales, así mismo poniendo ejemplos de cómo se debe de llenar dicho diario, la cual consta de cinco columnas: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Autoobservación, situaciones y emociones que suscitan (dos columnas)</li> <li>➤ Pensamientos automáticos negativos (tres columnas)</li> <li>➤ Respuesta racional (cuatro columnas)</li> <li>➤ Emoción (cinco columnas)</li> </ul> </li> </ul>
<b>cierre</b>	Se le pregunta que aportaciones positivas se lleva de esta sesión en cuanto a la técnica implementada y se le reitera que el llenado de este formulario solo deberá ser cuando se le presente el estímulo que evoque el pensamiento negativo y por último se le pregunta si tiene dudas para dar seguimiento al diario

<b>Sesión 3</b>	
<b>Objetivo</b>	Observar los resultados obtenidos mediante el diario e identificar los pensamientos negativos para trabajar con ellos.
<b>Retroalimentación</b>	La retroalimentación va a servir para observar el compromiso que tiene el paciente al llevar acabo el registro diario de pensamientos disfuncionales. Así mismo preguntar cómo se sintió con esta herramienta. Del diario se pueden identificar los pensamientos negativos arrojados por el paciente. Ya que con ellos se trabajaran en la segunda sesión.
<b>Técnica</b>	“Análisis de costes y beneficios” en esta técnica el paciente expresa en una hoja de papel las ventajas y desventajas de la creencia o pensamiento automático que tenga el paciente, ya identificado anteriormente en el registro diario de pensamientos disfuncionales. Al concluir esta actividad el paciente deberá distribuir 100 puntos entre ventajas y desventajas, haciéndolo caer en cuenta si es racional o no el tener dicha creencia.
<b>Cierre</b>	Al terminar de abordar dicha experiencia con la técnica de análisis de costes y beneficios, se indaga en el paciente para saber si fue efectiva la técnica aplicada, al igual que comparte si se lleva algo positivo de esa sesión, así mismo se le deja de tarea para casa la técnica de biblioterapia, ya que esta actividad hace mayor conciencia y conocimiento del proceso terapéutico que se llevara a cabo, facilitando así también el compromiso con la misma.

<b>Sesión 4</b>	
<b>Objetivo</b>	Proporcionar al paciente métodos de relajación, los cuales le sean útiles para emplearlos cuando se le presenten estímulos que evoquen el evento traumático.
<b>Técnica</b>	<p>“Relajación progresiva de Jacobson” con esta técnica de relajación busca que el paciente utilice todos los músculos del cuerpo para lograr profunda calma interior, la cual debe de llevar varias ocasiones para que el paciente logre por si solo llevarla a cabo. Esta técnica se lleva en tres fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1° fase tensión relajación: se lleva a cabo la tensión de todo el cuerpo, pero haciéndolo consciente de que tiene que hacerse en cada parte de su cuerpo.</li> <li>• 2° fase repaso: se hace un repaso en cada una de las partes que se llevó a cabo la tensión-relajación, para que las partes que ya estén relajadas, se relajen aún más.</li> <li>• 3° fase relajación mental: finalmente se le pide al paciente que piense en algo que lo haga sentir agradable, ya sea en un estilo de música, algún paisaje, etc. Al igual se puede quedar su mente en blanco.</li> </ul>
<b>Cierre</b>	Se le pregunta al usuario que si tiene alguna duda con la técnica mostrada, así mismo se le hace ver que esa será la última sesión ya que cuenta con las herramientas y el conocimiento para poder afrontar las crisis que se le presenten en la vida diaria y hacer frente a las adversidades

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 5.1. Resultados generales.

A continuación, se describen los resultados generales obtenidos mediante la escala de resiliencia 14 ITEMS (RS-14) propiedades psicométricas de la versión en español, el instrumento aplicado a 100 personas de ambos sexos de entre 16 y 56 años de edad, residentes de Orizaba Veracruz. Como se puede observar en la gráfica número 1 se obtiene un porcentaje igualitario entre hombres y mujeres, teniendo así un 50% cada uno.

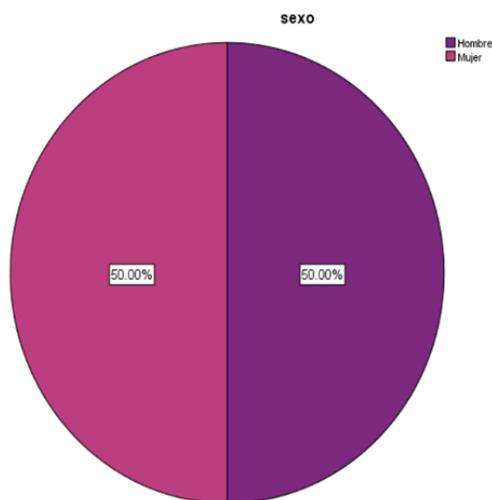


FIGURA No. 1

En la gráfica número dos se presenta el estado civil de la población, encontrando que 84.62% corresponde a solteros, el 8.65% casados, el 5.77% unión libre y por último el 0.96% son divorciados.

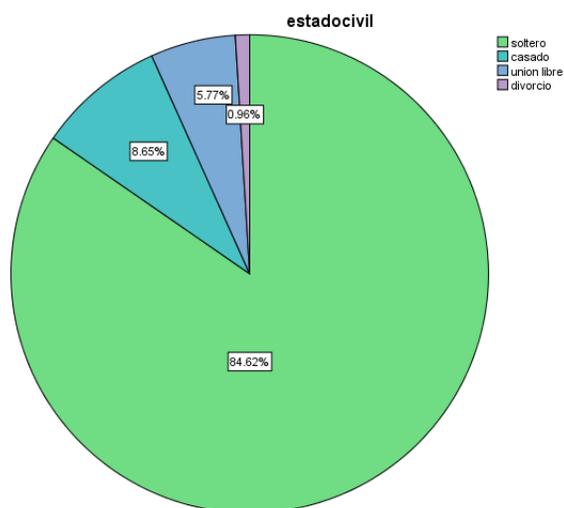


FIGURA No. 2

Ahora bien la gráfica número 3, se muestra la profesión que ejerce dicha población, en la cual se puede observar que el 76.92% son estudiantes, el 14.42% tienen una licenciatura y el 8.65% no aplica.

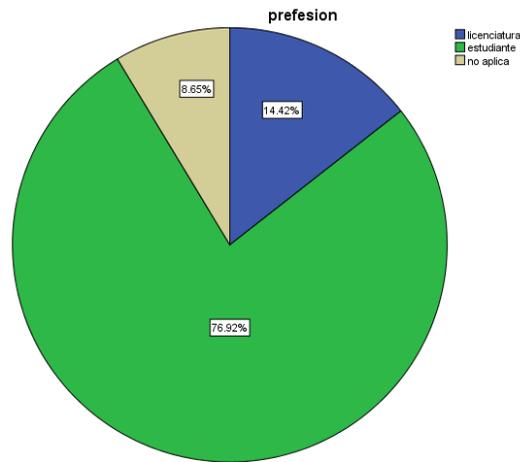


FIGURA No.3

En cuanto a la gráfica número 4, se indica la edad de la población mostrando a 5 personas con 16 años, a 15 personas con 17 años, 15 personas con 18 años, 14 personas con 19 años, 12 personas con 20 años, 3 personas con 21 años, 13 personas con 22 años, 2 personas con 23 años, 3 personas con 24 años, 6 personas con 25 años, 4 personas con 27 años, 3 personas con 30 años, 1 persona con 36 años, 2 personas con 40 años, 1 persona con 42 años, 3 personas con 43 años, 1 persona con 45 años y por ultimo 1 persona con 56 años.

**edad**

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16	5	4.8	4.8	4.8
17	15	14.4	14.4	19.2
18	15	14.4	14.4	33.7
19	14	13.5	13.5	47.1
20	12	11.5	11.5	58.7
21	3	2.9	2.9	61.5
22	13	12.5	12.5	74.0
23	2	1.9	1.9	76.0
24	3	2.9	2.9	78.8
25	6	5.8	5.8	84.6
27	4	3.8	3.8	88.5
30	3	2.9	2.9	91.3
36	1	1.0	1.0	92.3
40	2	1.9	1.9	94.2
42	1	1.0	1.0	95.2
43	3	2.9	2.9	98.1
45	1	1.0	1.0	99.0
56	1	1.0	1.0	100.0
Total	104	100.0	100.0	

FIGURA No 4

Además, en la gráfica número 5 se expone la situación laboral de los individuos, señalando así que el 77.88% es inactivo y el 22.12% se mantiene activo.

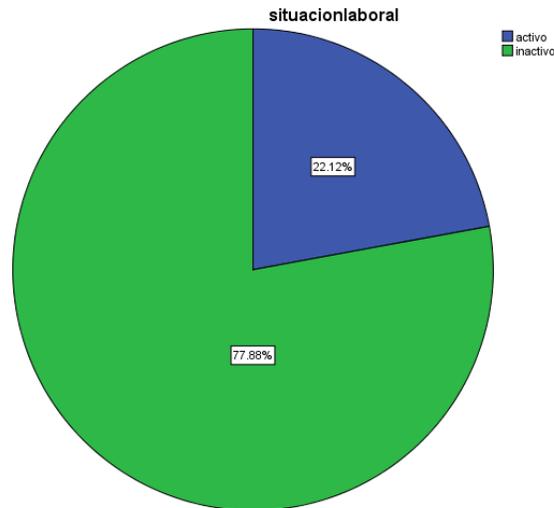


FIGURA No.5

Después en la gráfica número 6 se muestra la descripción que ha vivido cada individuo obteniendo un 16.35% a la muerte de un familiar, el 12.50% a sustos, un 11.54% a balaceras, a catástrofe natural y asalto un 10.58% en ambos, el 9.62% a violaciones, un 8.65% a acoso sexual, el 7.69% a violencia familiar, un 5.77% a los accidentes, en cuanto a secuestros, llamadas de extorsión y violencia se encuentra un 1.92 en los tres y por ultimo un 0.96 a intento de suicidio.

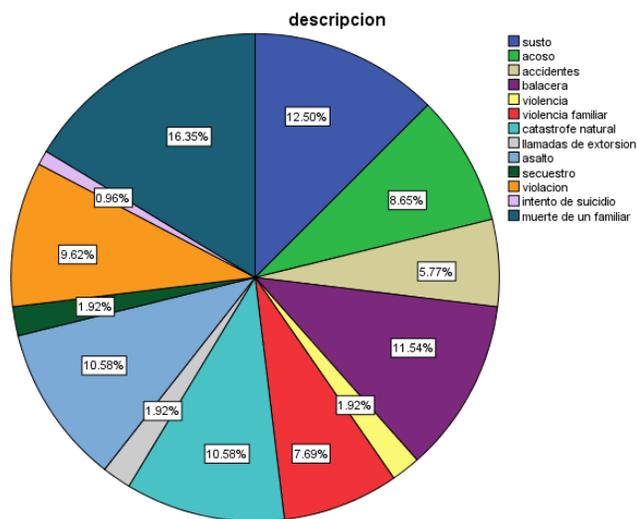
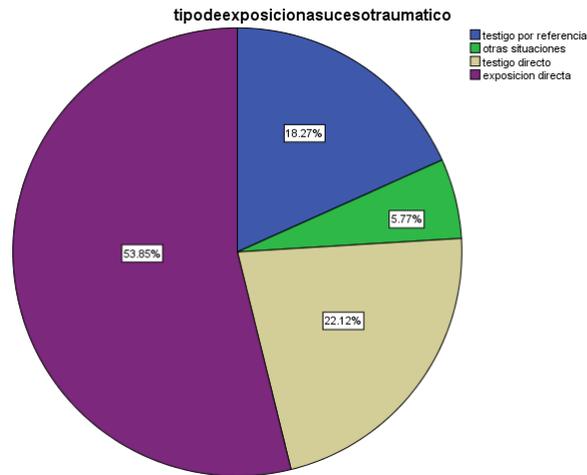
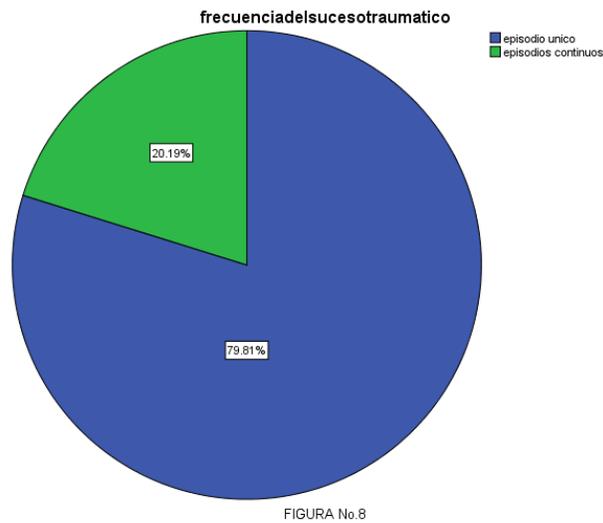


FIGURA No.6

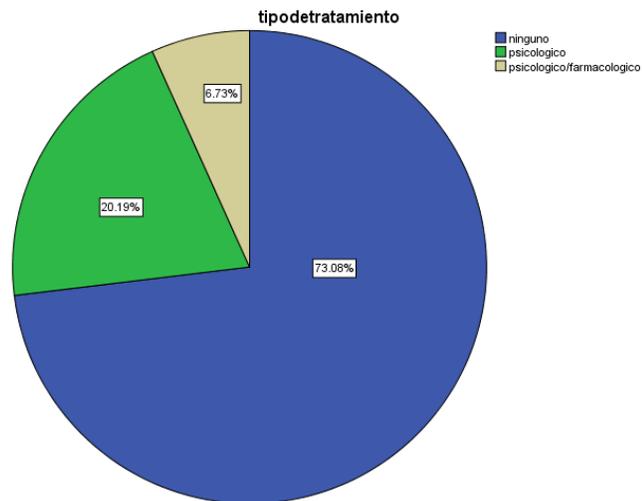
En la gráfica número 7 se da a conocer el tipo de exposición al suceso traumático, así presentando un 53.85% a exposición directa, en cuanto a testigo directo un 22.12%, el 18.27% a testigo por referencia y el 5.77% a otras situaciones.



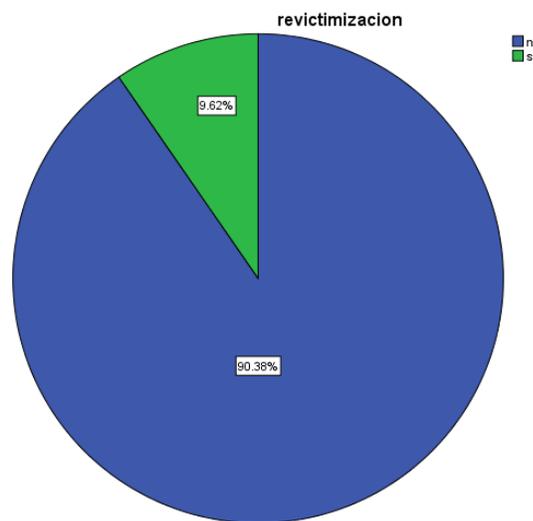
Así mismo en la gráfica número 8 se describe la frecuencia de dicho suceso traumático, mostrando así un 79.81% a el episodio único y el 20.19% a episodios continuos.



Así pues, en la gráfica número 9 se presenta el tipo de tratamiento que ha llevado cada individuo donde un 73.08% no ha tenido ningún tratamiento, el 20.19% a que han llevado un tratamiento psicológico y el 6.73% a que han tenido un tratamiento psicológico/farmacológico.



Por otro lado, se da a conocer la gráfica número 10, donde se muestra la revictimización por lo que han pasado los individuos, perteneciendo así el 90.36% a las personas que no han tenido una revictimización y el 9.62% a los individuos que si han pasado por este proceso.



En cuanto a las secuelas físicas vividas la gráfica número 11, nos muestra que el 85.58% no ha tenido secuelas físicas y el 14.42% a las personas que si las han tenido.

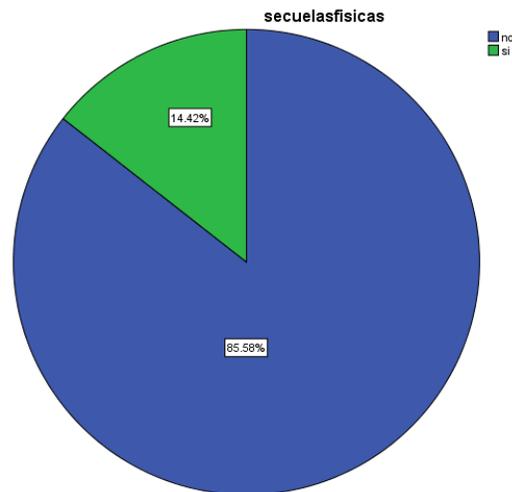


FIGURA No.11

Ahora bien, la gráfica número 12 muestra el reactivo S1 que cuestiona si la víctima "¿Tiene pesadillas sobre lo que ocurrió únicamente cuando duerme solo/a?" nos señala que el 75.96% no ha padecido de esto, sin embargo, el 23.08% de las personas afirmaron haber pasado por este suceso.

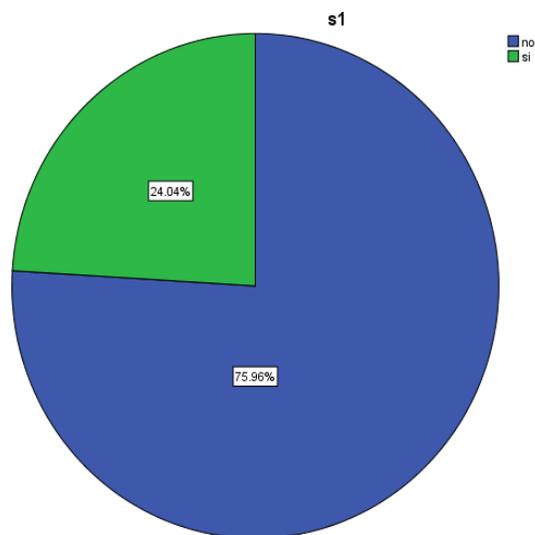


FIGURA No. 12

Acerca de la gráfica número 13 respecto al reactivo S2 que interroga “¿Le entran ganas de contar su historia en cuanto tiene conocimiento de que otras personas han pasado por sucesos parecidos al suyo?” Nos muestra que el 65.38% si lo ha vivido y el otro 34.62% no ha experimentado dicho suceso.

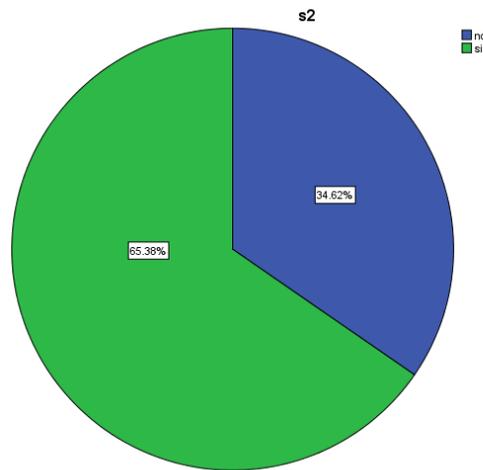


FIGURA No.13

Después en la gráfica número 14 en relación con el reactivo S3 que pregunta, “Desde que le sucedió esto, ¿le pasa a veces que puede hablar con “otro yo” que esta afuera de usted?” nos dice que el 63.46% no le ocurre este suceso, mientras que el 36.54% afirma haberle ocurrido.

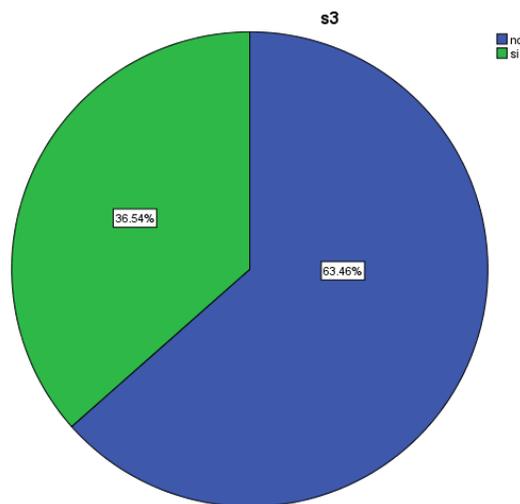


FIGURA No.14

Con respecto a la gráfica número 15 acerca del reactivo S4 que sondea “¿Le entretienen sus hobbies únicamente cuando los prácticas con amigos/as?” el 55.77% no ha vivido dicho suceso y el otro 44.23% afirma haberlo experimentado.

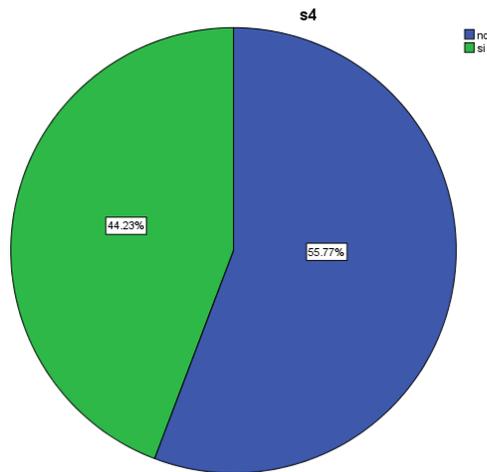


FIGURA No.15

En relación con la gráfica número 16 referente al reactivo S5 que examina si el individuo “¿Se siente tranquilo/a si está acompañado/a cuando hay algo que le recuerda lo que pasó?” el 62.50% menciona que, si siente tranquilidad, mientras que el 37.50% niega haber tenido esa tranquilidad.

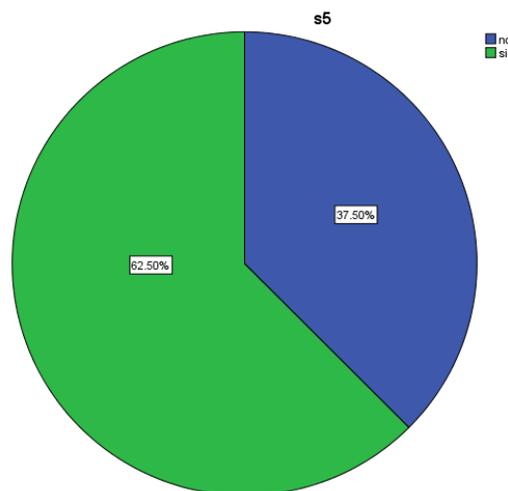
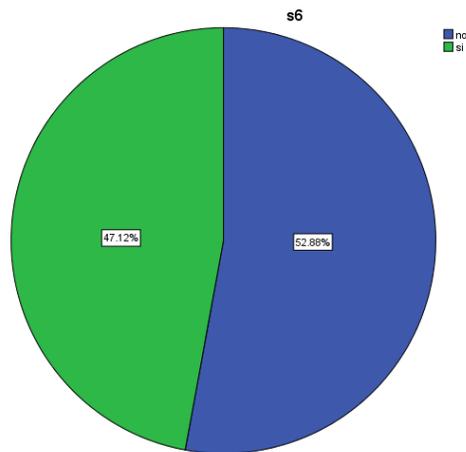


FIGURA No.16

Sobre la gráfica número 17 en consideración con el reactivo S6 que cuestiona si el individuo “¿Se concentra únicamente cuando hace una tarea que le gusta (leer, hacer sudokus, jugar a video juegos, etc.)?” el 52.88% niega concentrarse en lo que le gusta, en cuanto el 47.12% afirma que puede concentrarse en estas tareas.



## 5.2. Resultados particulares

En la siguiente tabla se muestra que, si existe una relación entre ambas variables, ya que expone que, entre mayor resiliencia, menos estrés postraumático así mismo entre menor resiliencia tenga el individuo, mayor estrés postraumático.

Correlaciones		totalresiliencia	totalestrespostr aumatico
totalresiliencia	Correlación de Pearson	1	-.374**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	104	104
totalestrespostraumatico	Correlación de Pearson	-.374**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	104	104

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Ahora bien, en la siguiente tabla se demuestra el nivel de estrés postraumático en el que se encuentra la población que se analizó, teniendo así 21 personas con nivel bajo de estrés postraumático como se puede ver en el color verde, 67 personas con un nivel medio de estrés postraumático como lo señala el color azul y 16 personas con un nivel alto de estrés postraumático como lo indica el color morado.

TOTALESTRÉS POSTRAUMÁTICO									
Validos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado	Validos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
2	2	1.9	1.9	3.8	49	1	1	1	99.6
3	1	1	1	5.7	50	1	1	1	99.5
4	1	1	1	7.7	51	1	1	1	97.5
5	3	2.9	2.9	10.6	52	1	1	1	98.5
6	1	1	1	11.5	53	1	1	1	99.4
7	4	3.8	3.8	15.4	54	3	2.9	2.9	92.3
8	5	4.8	4.8	20.2	55	2	1.9	1.9	94.2
9	1	1	1	21.2	56	2	1.9	1.9	96.2
10	2	1.9	1.9	23.1	58	1	1	1	97.1
13	4	3.8	3.8	26.9	74	1	1	1	98.1
14	2	1.9	1.9	28.8	77	1	1	1	99
16	1	1	1	29.8	110	1	1	1	100
17	2	1.9	1.9	31.7	total	104	100.0	100.0	
18	4	3.8	3.8	35.6					
19	4	3.8	3.8	39.4					
21	6	5.8	5.8	45.2					
22	3	2.9	2.9	48.1					
23	2	1.9	1.9	50					
26	1	1	1	51					
27	3	2.9	2.9	53.8					
28	1	1	1	54.8					
29	2	1.9	1.9	56.7					
30	1	1	1	57.7					
31	1	1	1	58.7					
32	5	4.8	4.8	63.5					
33	3	2.9	2.9	66.3					
34	3	2.9	2.9	69.2					
35	1	1	1	70.2					
37	2	1.9	1.9	72.1					
38	1	1	1	73.1					
39	1	1	1	74					
40	3	2.9	2.9	76.9					
42	2	1.9	1.9	78.8					
43	3	2.9	2.9	81.7					
45	1	1	1	82.7					
47	2	1.9	1.9	84.6					

No obstante, la siguiente tabla determina el nivel de resiliencia que tiene la población examinada, mostrando así a 20 personas con un nivel bajo de resiliencia señalándolo el color amarillo, 65 personas con un nivel medio de resiliencia como lo muestra el color verde y 19 personas.

**TOTAL RESILIENCIA**

Validos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
45.00	1	1.0	1.0	1.0
50.00	2	1.9	1.9	2.9
51.00	4	3.8	3.8	6.7
52.00	2	1.9	1.9	8.7
53.00	4	3.8	3.8	12.5
54.00	1	1	1	13.5
55.00	2	1.9	1.9	15.4
58.00	1	1	1	16.3
59.00	2	1.9	1.9	18.3
60.00	1	1	1	19.2
61.00	2	1.9	1.9	21.2
62.00	1	1	1	22.1
63.00	1	2.9	2.9	25
64.00	1	1	1	26
66.00	2	1.9	1.9	27.9
67.00	1	2.9	2.9	30.8
68.00	1	1	1	31.7
69.00	6	7.7	7.7	39.4
70.00	1	2.9	2.9	42.3
71.00	1	3.8	3.8	46.2
72.00	1	3.8	3.8	50
73.00	1	2.9	2.9	52.9
74.00	1	1	1	53.8
75.00	2	1.9	1.9	55.8
76.00	1	6.7	6.7	62.5
77.00	1	3.8	3.8	66.3
79.00	2	1.9	1.9	70.2
80.00	1	2.9	2.9	73.1
81.00	1	1	1	74
82.00	1	1	1	75
83.00	1	1	1	76
84.00	2	1.9	1.9	77.9
85.00	2	1.9	1.9	79.8
86.00	2	1.9	1.9	81.7
87.00	1	1	1	82.7
88.00	6	4.8	4.8	87.5
89.00	1	1	1	88.5
90.00	1	2.9	2.9	91.3
91.00	1	2.9	2.9	94.2
92.00	1	2.9	2.9	97.1
94.00	2	1.9	1.9	99
96.00	1	1	1	100
total	104	100.0	100.0	

En la siguiente tabla como se puede observar que en un análisis de T de Student al comprar entre hombres y mujeres con respecto a los niveles de estrés postraumático, no existe diferencia significativa, es decir tanto hombre como mujeres presentan niveles similares.

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
totalstresspostraumatico	Se han asumido varianzas iguales	.836	.363	-1.171	102	.244	-4.53846	3.87611	-12.22671	3.14979
	No se han asumido varianzas iguales			-1.171	97.984	.244	-4.53846	3.87611	-12.23050	3.15357

De igual manera al comprar el sexo con los niveles resiliencia, no se encuentra una diferencia significativa la realizar el análisis de t de Studen correspondiente.

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
totalresiliencia	Se han asumido varianzas iguales	.013	.908	4.084	102	.000	9.48077	2.32119	4.87670	14.08484
	No se han asumido varianzas iguales			4.084	101.945	.000	9.48077	2.32119	4.87667	14.08486

Así pues, en las siguientes tablas muestra que si hay diferencia significativa entre el tipo de profesión que ejerce el individuo y el estrés postraumático que recibe ya que arroja un valor de .016.

**ANOVA de un factor**

**Totalestrespostraumatico**

	Suma de cuadros	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3165.07	2	1582.535	4.295	.016
Intra-grupos	37214.776	101	368.463		
Total	40379.846	103			

Si bien, se puede observar en la siguiente tabla dicha diferencia significativa mencionada anteriormente, que presentan los individuos, los que presentan un bajo nivel de estrés postraumático son los de “licenciatura”, un nivel medio los “estudiantes” y un nivel más alto los de “no aplica”. Dando a entender que entre más preparación profesional tenga el individuo, sufrirá de menos estrés postraumático.

**Totalestrespostraumatico**

**HSD de Tukey**

profesión	N	subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
licenciatura	15	14.8667	
estudiante	80	29.8625	29.8625
no aplica	9		33.7778
Sig.		.077	.835

En cuanto a las siguientes tablas se indica que si hay diferencia significativa entre el tipo de exposición y estrés postraumático, es decir, cuando se les pregunta a los individuos sobre el tipo de exposición que han tenido ante una situación traumática, los que tienen más nivel de estrés postraumático no son los testigos directos, los de exposición directa, testigo por referencia, sino la opción de “otras situaciones”, quizá las personas que han sido víctimas directas, pero no marcaron la opción de exposición directa debido a que no se sintieron cómodas con la respuesta.

**ANOVA de un factor**

Totalestrespostraumatico					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	4276.415	3	1425.472	3.948	.010
Intra-grupos	36103.431	100	361.034		
Total	40379.846	103			

**totalestrespostraumatico**

HSD de Tukey

tipodeexposicionasucesotraumatico	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
testigo directo	23	21.8696	
exposición directa	56	27.8929	
testigo por referencia	19	28.4211	
otras situaciones	6		51.8333
Sig.		.794	1.000

Sin embargo, en las siguientes tablas muestran que no hay diferencia entre el tipo de tratamiento recibido ante el estrés postraumático, es decir, alguien que ha vivido una situación traumática, y se somete a un tratamiento psicológico, psicofarmacológico o decide no tener ningún tipo de terapia, presenta niveles de estrés postraumático similares.

**ANOVA de un factor**

Totalestrespostraumatico					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	80.769	2	40.385	.101	.904
Intra-grupos	40299.077	101	399.001		
Total	40379.846	103			

**totalestrespostraumatico**

HSD de Tukey

Tipodetratamiento	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
Ninguno	76	27.6184
Psicológico	21	28.5714
psicologico/farmacológico	7	31.0000
Sig.		.890

## CONCLUSIÓN

Finalmente, si bien entendemos mediante la investigación previa, el estrés es un factor con el que el individuo lidia día a día. Si hablamos del estrés, se entiende los distintos grados en el que se presenta y que este afecta a cualquier edad, género y trae consigo problemas de salud física o emocional. El estrés postraumático se presenta cuando al individuo se somete a alguna adversidad de forma repentina, sintiendo así amenaza, temor o intuye que su vida corre peligro, provocando distintas afectaciones a sus diferentes esferas.

Acerca de la forma en la que se afronta el estrés postraumático, ya sea muy elevado o leve, es de modo tanto personal como decisivo a la salud mental del individuo ya que se elegirá la calidad de vida que desee llevar. No obstante, existe un factor muy importante para hacer frente a las diferentes adversidades que se le pueden presentar al ser humano a lo largo de su vida. El factor más importante para esto es la resiliencia, ya que esto es la capacidad con la que cuenta el individuo para afrontar los diferentes obstáculos que se le presenten día a día.

Este factor puede variar dependiendo de lo que el individuo haya vivido y aprendido de dicha experiencia, sin embargo se puede notar que el nivel socio económico no es variante importante para la construcción de la resiliencia, por el contrario una variante que es de suma importancia, es el ambiente en el que el individuo se desarrolle, es por eso que se sugiere que la resiliencia se fomente desde la niñez, pues así conforme vaya creciendo el individuo tendrá más facilidad para manejar las situaciones que se le presenten, ya que esta siempre es cambiante, de igual forma esto no quiere decir que si el individuo se encuentra en otra etapa de su vida no pueda establecer una resiliencia adecuada. Así mismo, para la teoría de Santiago Moll, para poder desarrollar una adecuada resiliencia es indispensable tener los siguientes atributos: autoconocimiento,

motivación, autocontrol, autonomía, confianza, relación, optimismo, humor, compromiso, coherencia, iniciativa, creatividad, moralidad.

Por lo que se refiere a los resultados obtenidos por las pruebas aplicadas en una muestra de 104 personas de ambos sexos con un rango de edad de 16 a 56 años y de diferentes escolaridad y profesiones, residentes de Orizaba, Ver. En los sucesos estudiados se encuentran susto, acoso, accidente, balaceras, violencia, violencia familiar, catástrofe natural, llamadas de extorción, asalto, secuestro, violación, intento de suicidio y muerte de un familiar. Se puede destacar que con referencia a las categorías de sucesos destaca el evento traumático generado por la muerte de un familiar, dicho que la mayoría de los seres humanos no se encuentran preparados para la partida de un ser querido, ya sea de manera repentina o las circunstancias que se encuentra ya no son favorables y su deceso está previsto. Así mismo alguna de las variables para que este proceso sea difícil es que los seres humanos son aprensivos, egoístas, no saben cómo manejar el proceso de duelo y no cuentan con una resiliencia adecuada.

Hay que tener en cuenta que la categoría de sustos, lo cual se atribuye a las personas que no sufrieron ningún tipo de acontecimiento, sin embargo, se enteró por terceras personas, en esta característica se puede notar que al enterarse del evento, se pudieron provocar psicosis y empezar activar los agentes estresores los cuales dan paso al estrés postraumático, que si bien al individuo no le pasaron, hacen propio el daño generado de la verdadera víctima y viven con temor de que el evento les va a ocurrir en cualquier momento.

Ahora bien, en la categoría de balaceras, es una de las 3 primeras que más destaca en este listado, por lo cual es importante señalar que en la sociedad este evento ocurre ya con mayor frecuencia lo cual aparte de ser peligroso, afecta de forma directa o indirectamente a los ciudadanos, poniéndolos en alerta dependiendo del lugar que se encuentre.

Por el contrario, se encuentran las categorías de catástrofes naturales y asaltos, ya que ninguna de las ya mencionadas se es capaz de predecir, si tomamos en cuenta en el shock que entra el individuo con la presión de otro ser humano, el presenciar un evento natural ya sea terremoto, temblor, tsunami, etc. en el cual se genera un pensamiento de no saber que o cómo reaccionar ya que no saben que esperar o cuanto durará la catástrofe natural, el ver como se derrumban o quedan por debajo sus casas, cosas que con mucho esfuerzo construyeron o como desaparecen por en medio de las ruinas o agua, familiares experimentan la impotencia, aunque si bien este evento no ocurre a menudo deja daños materiales y mentales.

En cambio, en la categoría de violación, se puede destacar que, si bien la prueba se aplicó en hombres y mujeres la mayor parte de la población de esta ha presenciado este suceso ya que la mayoría de ocasiones este acontecimiento surge desde el hogar, haciendo así que les provoque vergüenza en ellas y orillándolas a guardar este suceso como un secreto. Sin embargo, se ha notado que otro porcentaje de la población ha sufrido de acoso sexual, ya sea en la calle, escuela o en su trabajo, ya que es un lugar diferente a su hogar, esto les permite tener más valor para no quedarse calladas y delatar a su agresor, puesto que los tiempos han cambiado y las leyes se ven más a favor de la mujer, las impulsa a poder contar lo que en algún momento de su vida les pasó, tratando que este tipo de sucesos sean cada vez menos.

Así pues, en la categoría de violencia familiar se analiza que el individuo ha pasado o aun pasa por este suceso en el hogar, puesto que en algunas ocasiones se pelean por las jerarquías que existen en un hogar, al igual que las categorías anteriores suelen ser más las mujeres quienes son víctimas de dicho suceso, sin embargo, hoy en día este acto se da en ambos géneros, sin importar el vínculo de los individuos, estos pueden ser hermanos, pareja, padre/madre e hijo o viceversa.

Luego dentro de este listado se destaca otra parte de la población que ha sufrido algún accidente, ya sea porque ellos venían manejando, siendo copilotos e incluso caminando por la calle, dependiendo de la gravedad de dicho accidente y de la resiliencia que cuente el individuo es como podrá afrontar este suceso, ya que en algunos casos la persona que ha sufrido el accidente, a la hora de volver a estar en el mismo o parecido escenario, hace que se reviva dicho suceso y así permitirle no seguir con su rutina.

En relación con las llamadas de extorsión, secuestros y violencia se mantienen en el mismo nivel, puesto que son situaciones similares, ya que las 3 situaciones causan gran daño en la vida del individuo de forma igual, haciéndolos temerosos de poder salir a gusto ya sea a su trabajo, escuela e incluso algo tan sencillo como ir al supermercado afligiéndose por ser vigilados por alguien más.

Finalmente, la última categoría de este listado es el intento de suicidio, si bien se puede notar que son pocas las personas que han pasado por este proceso, no es del todo favorable, ya que la mayoría logra hacer dicha acción, cuando si se lleva a cabo este suceso, es una frustración muy grande para las personas más cercanas de quien ha cometido este acto, pues suelen pensar que ellos podían haberlo detenido de alguna manera.

Sin embargo, se observa que estos eventos han sido de exposición directa, es decir que los individuos han presentado el evento traumático, tomando en cuenta que este porcentaje es más de la mitad de la muestra analizada, reflejando que el individuo cada vez está más expuesto a presenciar un suceso que le provoque estrés postraumático de forma directa.

En cuanto a la frecuencia en la que se presenta el evento traumático es relevante ya que estos episodios se han presentado de forma única a lo largo de la vida del individuo, se observa que el evento ha causado gran impacto significativo con solo haberlo experimentado una vez, ya que las secuelas que provoca afecta de manera significativa y le causan algún tipo de adversidad en las o en una esfera de su vida, que le es difícil de afrontar al individuo.

Otro punto es que, las persona que sufren algún tipo de estrés postraumático, no han recibido ningún tratamiento, lo cual es alarmante ya que puede ser por diferentes causas, por mencionar algunas: puede ser que no cuentan con la facilidad económica, no tienen información acerca de centros que se brinde ese apoyo de manera gratuita, piensan que algún momento este tipo de malestar se va a ir de su vida con el tiempo o han presentado alguna experiencia con algún psicólogo que no estableció empatía y no encontró solución a su malestar, no son conscientes de las repercusiones de no tratar este tipo de trastornos, ya que comienzan a generalizar que vivir con este trauma está bien y es tolerable. Sin embargo, se observa que una minoría de la población han presentado un tratamiento psicológico/farmacológico con la finalidad de afrontar el evento vivido, ya que buscan las herramientas que sean el apoyo para poder sobrellevar una vida estable, reconstruir la esfera dañada y estructurar su resiliencia.

Cabe destacar que una categoría también importante es la revictimización del individuo ante la adversidad presentada, ya que se puede observar que el individuo si se revictimiza, se consideran culpables de haber sido víctimas o merecedores del sufrimiento que el evento traumático les ha generado, al mismo tiempo que afecta las diferentes esferas de su vida, teniendo así una modificación en el estilo o hábitos de su vida.

Lo más importante es que se puede notar que los eventos traumáticos no han generado algún daño físico, es importante sobresaltar atribuyendo una pauta muy importante para sobresaltar que el estrés postraumático, si bien es obvio, este resultado confirma que la esfera donde se obtiene más afectación en el individuo es en el área emocional y mentalmente, llevándolo a un desequilibrio de estas mismas.

Acerca de la mente y procesar los eventos es importante en las pruebas realizadas resaltar que las personas con estrés postraumático no presentan en su mayoría evocaciones del suceso mediante pesadillas. Las personas que se sienten identificados con otras que también pasaron por el mismo o parecido suceso, tienen el deseo de contarle su historia, esto puede ocurrir con la finalidad de ayudar al prójimo y establecer empatía, para sentirse libres de que existen más personas con el mismo sufrimiento o para que le brinden apoyo y herramientas para seguir adelante.

Por otro lado, una de las incógnitas que se analizó era: si después de sufrir el evento traumático el individuo comenzaba a hablar con otro “yo” que está afuera de la víctima, a lo cual nos les ocurría este evento, sin embargo, se afirmaba haberlo hecho, aunque es una minoría de la población, es alarmante ya que tomando en cuenta que la mayor parte no acude a ayuda profesional y se culpa a sí mismo de percibir el evento, este puede desencadenar otros trastornos.

Sin embargo, se puede notar que la muestra en total, le es más atractivo realizar algún hobby acompañado de amigos, por lo cual esto hace referencia que les es más fácil realizar alguna actividad de su agrado, sintiendo la compañía, afinidad y apoyo de amistades, que hacerlas solos. Apoyando esta hipótesis, se encuentra que el individuo se siente tranquilo si está acompañado cuando se presentan evocaciones del evento que les genera estrés postraumático, quizás puede ser por el miedo a estar solos y no saber cómo reaccionar o pensar que el evento volverá a pasar.

Por último, será a la víctima del estrés postraumático le cuesta concentrarse aun realizando alguna actividad que sea de su máximo interés a lo que hace recalcar a que el afrontamiento es del estrés postraumático lleva un proceso, el acompañamiento por un psicólogo ya que este le establecerá de forma personalizada sus sesiones y trabajará punto por punto, al mismo tiempo el individuo debe de tomar en cuenta que existen diferentes enfoques y que si no establece conexión con el psicólogo, no se limite y busque otra opción ya que tiene que tener como finalidad proteger su salud mental y la resiliencia es un factor protector en dicho proceso.

## REFERENCIAS

- Álvarez, S. Escoffié, E. Rosado, M. Sosa, M. (2016). Terapia en contexto, Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico. México: Manual moderno
- Bados, A. (2015) Trastorno por estrés postraumático, Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Barlow, H. D. (2018) Manual clínico de trastornos psicológicos: tratamiento paso a paso, México: Manual moderno.
- Baron, R. (1996) Psicología, México: Pearson educación
- Baum, A. (1990). "Stress, Intrusive Imagery, and Chronic Distress," Health Psychology, Vol. 6, pp. 653-675. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico>
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F., (1995). Manual de psicopatología. España: McGraw-Hill
- Berman, A. & Snyder, S. (2013) Fundamentos de enfermería, Madrid: Pearson educación
- Carlson, N. (1996). Fundamentos de la psicología fisiológica, México: Prentice Hall
- Castañeda, P., Guevara, A. (2005) Estudio de casos sobre factores resilientes en menores ubicados en hogares sustitutos. Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis04.pdf>
- El Sahili, L (2012) Psicopatología Clínica, México: Trillas
- Feixas, G. Miro, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. España: Paidós Ibérica, S. A., M
- Fuentes, P. (2013) resiliencia en los adolescentes entre 15 y 17 años de edad que asisten al juzgado de primera instancia de la niñez y adolescencia del área metropolitana. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Fuentes-Paola.pdf>

- García, M. Domínguez, E. (2012). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversa: una revisión analítica. Colombia. Recuperado de. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>
- Gil, G. (2010). La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. Recuperado de. <https://ojsspcd.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuiniguada/article/viewFile/421/360>
- Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2013). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill
- Mi espacio resiliente. (2013). Modelo de resiliencia de Richardson. Recuperado. <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2013/06/16/modelo-de-resiliencia-de-richardson/>
- Moll. S. 2016. Pilares de la resiliencia. como se sobrevive a una tragedia. Recuperado de <https://justificaturespuesta.com/pilares-de-la-resiliencia-como-se-sobrevive-a-una-tragedia/>
- Morris, C., Maisto, A. (2001). Psicología. México: Pearson educación
- Papalia, D. Wendkos, S. (1988). Psicología. México: McGraw-Hill
- Pervin, L. (1998). La ciencia de la personalidad. España: Mc-Graw Hill
- Puerta, E. Vásquez, M. (2012). Caminos para la resiliencia. Recuperado de [http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8053e5b2-7d04-4997-9dc0-4dcada70658f/BoletA%CC%83%C2%ADn+2\\_Concepto+de+Resiliencia.pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8053e5b2-7d04-4997-9dc0-4dcada70658f/BoletA%CC%83%C2%ADn+2_Concepto+de+Resiliencia.pdf?MOD=AJPERES)
- Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. Uruguay. Recuperado de. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf>
- Sánchez, P. (2008). Psicología clínica. México: Manual moderno
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). Código ético del psicólogo. México: trillas
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicología del desarrollo. España. Recuperado de. <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>

Worchel, S. Shebilske, W. (1998). Psicología fundamentos y aplicaciones. España:  
Pearson Educación.

## ANEXOS

### ESCALA DE RESILIENCIA 14 ÍTEMS (RS-14): PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL.

Fecha:                      Sexo:                      Edad:  
 Estado civil:              Profesión:                      Situación laboral:

Por favor lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde el "1" (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a "7" (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus pensamientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con el enunciado, el círculo en el "7". Si no está muy seguro, haga un círculo en el "4", y si está totalmente en desacuerdo, haga un círculo en el "1".

HAGA UN CÍRCULO EN LA RESPUESTA ADECUADA.	TOTALMENTE EN DESACUERDO				TOTALMENTE DE ACUERDO			
1.- Normalmente me las arreglo de una manera u otra.		2	3	4	5	6	7	
2.- Me siento orgulloso de las cosas que he logrado.	1	2	3	4	5	6	7	
3.- En general, me tomo las cosas con calma.	1	2	3	4	5	6	7	
4.- Soy una persona con una adecuada autoestima.	1	2	3	4	5	6	7	
5.- Siento que puedo manejar muchas situaciones.	1	2	3	4	5	6	7	
6.- Soy decidido	1	2	3	4	5	6	7	
7.- No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado.	1	2	3	4	5	6	7	
8.- Soy una persona disciplinada.	1	2	3	4	5	6	7	
9.- Pongo interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
10.- Puedo encontrar, generalmente, algo porque reírme.	1	2	3	4	5	6	7	
11.- La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7	
12.- En una emergencia, soy alguien en que la gente puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7	
13.- Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7	
14.- Cuando estoy en una situación difícil por lo general puedo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7	

En el siguiente apartado contesta y describe un suceso traumático que hayas vivido o que alguien cercano a ti haya experimentado, al grado de desfavorecerte.

#### 1. Suceso traumático

Descripción:

#### Tipo de exposición a suceso traumático

- Exposición directa  
 Testigo directo  
 Otras situaciones  
 Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)  
 Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

#### Frecuencia del suceso traumático

- Episodio único  
 Episodios continuos (por ej., maltrato crónico, abusos sexuales reiterados)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: \_\_\_\_\_ (meses) \_\_\_\_\_ (años)

¿Ocurre actualmente? No  Si  (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): \_\_\_\_\_ (meses)  
 \_\_\_\_\_ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No  Si  (especificar)

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
___ Psicológico	___(meses) ___(años)	___ No ___ Si
___ Farmacológico	___(meses) ___(años)	___ No ___ Si

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No \_\_\_ Si \_\_\_

Revictimización a otro suceso traumático: No \_\_\_ Si \_\_\_

Secuelas físicas experimentadas: No \_\_\_ Si \_\_\_(especificar)

## 2. Núcleos síntomas

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho

### Síntomas de intrusión

Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntarias?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
S1. ¿Tiene pesadillas sobre lo que le ocurrió únicamente cuando duerme solo/a?	Si No

### Evitación conductual/cognitiva

Ítems	Valoración
1. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
2. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
3. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
S1. ¿Le entran ganas de contar su historia en cuanto tiene conocimiento de que otras personas han pasado por sucesos parecidos al suyo?	Si No
S2. Desde que le sucedió esto, ¿le pasa a veces que puede hablar con "otro yo" que está afuera de usted?	Si No

### 3. Información complementaria

#### Síntomas disociativos

Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

#### 4. Disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático

##### Áreas afectadas por el suceso traumático

Ítems	valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

##### Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo

Ítems	Valoración
1. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
2. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
3. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
4. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3

5. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0	1	2	3
6. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0	1	2	3
7. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0	1	2	3
S1. ¿Le entretienen sus hobbies únicamente cuando los practicas con amigos/as?	Si	No		

#### Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica

Items	Valoración			
1. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0	1	2	3
2. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0	1	2	3
3. ¿Se encuentran en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0	1	2	3
4. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0	1	2	3
5. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al entender a sus obligaciones diarias?	0	1	2	3
6. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0	1	2	3
S1. ¿Se siente tranquilo/a si está acompañado/a cuando hay algo que le recuerda lo que paso?	Si	No		
S2. ¿Se concentra únicamente cuando hace una tarea que le gusta (leer, hacer sudokus, jugar a videojuegos, etc.)?	Si	No		