



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**“PROPUESTA DE PSICOTERAPIA EN LÍNEA PARA LAS VÍCTIMAS
SECUNDARIAS DE LA DESAPARICIÓN FORZADA EN MÉXICO”**

SUSTENTANTE: MARÍA DE LOURDES ARAIZA MARTÍNEZ

TESINA

DIRECTOR: MAESTRO JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2014



QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria:

*“Los desaparecidos no son banderas raídas ni miradas difusas ni sonrisas fallidas.
Historias bordadas en las venas. No son botín de nadie”*

Colectivo “La Alameda”.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme regresado al camino del estudio.

A la UNAM por abrirme sus puertas y permitirme estudiar en sus aulas.

Al Maestro Jorge Álvarez Martínez por dirigir esta tesina, por su apoyo y dedicación.

Al Honorable Jurado por su tiempo, sus observaciones y comentarios.

A mi esposo Mario y a mis hijos: Itzel, Fernando y Dafne, por su apoyo, paciencia amor y comprensión.

A la Lic. Angélica Rodríguez Miranda por darme las facilidades en el trabajo para terminar mis estudios.

Y a José Luis @_LaAlameda por permitirme ser parte de un proyecto para apoyar a las familias de aquéllos que están sin estar: los desaparecidos en nuestro país.

ÍNDICE

Resumen	7
Introducción	9
1.- Semblanza histórica de la desaparición forzada	11
1.1. ¿A qué se le llama desaparición forzada?	11
1.2. Desaparición forzada en América Latina	12
1.3. Los desaparecidos en México	14
1.3.1. La guerra sucia	15
1.3.2. La guerra contra el narcotráfico	18
1.3.3. Situación actual	19
1.4 Instituciones gubernamentales que brindan apoyo en la búsqueda de personas desaparecidas	20
1.5 Organizaciones Civiles en apoyo a la búsqueda de las personas desaparecidas	22
2. Trastorno de Estrés postraumático (TEPT)	25
2.1. Criterios Diagnósticos del TEPT	25
2.2. Manifestaciones centrales del TEPT	29
2.3. Manifestaciones secundarias del TEPT	31
2.4. Factores que influyen en la aparición de síntomas postraumáticos	33
2.5. Factores perpetuadores y potencializadores del evento traumático	34
3.- Psicoterapia en línea	35
3.1. ¿En qué consiste la Psicoterapia en línea?	36
3.2. Herramientas tecnológicas utilizadas en la psicoterapia en línea	36
3.3. Laboratorio de enseñanza virtual y ciberpsicología en la UNAM	37

3.3.1. Realidad virtual para el tratamiento de Estrés	
Postraumático	39
4. Propuesta de Intervención	40
4.1. Criterios de inclusión y exclusión	41
4.2. Objetivos del tratamiento	43
4.3. Estructura de la psicoterapia en línea	44
4.3.1. Materiales y equipo	44
4.4. Formulación de tratamiento	46
5. Conclusiones	58
Referencias bibliográficas	60
Anexos	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios diagnósticos para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés posttraumático (309.81) ^{CIE-10}	26
Tabla 2 Técnicas de hiperventilación voluntaria	48
Tabla 3 Entrenamiento en respiraciones lentas y profundas	48
Tabla 4 Técnica de relajación muscular progresiva	49
Tabla 5 Ejercicios de relajación mental	50
Tabla 6 Programación de actividades lúdicas	51
Tabla 7 Ejercicios para distracción del pensamiento	52
Tabla 8 Ejercicios de Auto instrucciones positivas	52
Tabla 9 Ejercicios con imaginación guiada para el control de la ira	52
Tabla 10 Ejercicios de exposición interoceptiva para provocar mareo, sofoco, ansiedad y angustia	54
Tabla 11 Ejercicio para la exposición de recuerdos traumáticos	55

RESUMEN

La desaparición forzada es un flagelo que azota a nuestro país. En febrero de 2013 el gobierno de Enrique Peña Nieto reconoció que más de 26,000 personas habían sido denunciadas como desaparecidas o extraviadas desde diciembre de 2006 (Human Rights Watch, informe mundial 2014). En junio de 2014 el Secretario de Gobernación, Miguel Ángel Osorio Chong afirmó que el número de personas no localizadas en México ascendía a 16 mil (El Universal, junio 16, 2014), sin embargo el Registro Nacional de Datos de Personas Extraviadas o Desaparecidas (RNPED) construido con cifras de la PGR, informa que el número de personas desaparecidas asciende a 22,322. (CNN, octubre 20, 2014). Por otro lado, la Comisión Nacional de Derechos Humanos a través de su titular Raúl Plascencia Villanueva informó que en el padrón de dicho organismo se registran 24 mil 800 personas cuyo paradero se desconoce (Proceso, octubre 22, 2014); la disparidad en las cifras nos lleva a concluir que la existencia de una base de datos impide conocer con certeza el número real de desaparecidos y que las medidas adoptadas por el gobierno para frenar este delito han fracasado.

La desaparición de un ser querido representa para su familia una tortura psicológica; cuando una persona desaparece se genera en sus seres queridos una incertidumbre sin fin. No saber si vive o muere, si come, duerme o es sometido a las más crueles torturas. Todo ello trae como consecuencia en el núcleo familiar un desequilibrio en la psique.

La ayuda psicológica que brindan las instituciones oficiales resulta insuficiente; algunas instituciones solo ofrecen la contención emocional en el momento de la crisis; algunas otras ofrecen terapia presencial, pero dado el hecho de que las víctimas secundarias (esto es, los familiares) gastan dinero, tiempo y energías en la búsqueda de su ser querido, les resulta muy complicado y hasta casi imposible viajar para tomar terapia presencial en alguno de estos organismos.

De acuerdo a lo anterior, la presente tesina propone un modelo de apoyo psicológico en línea producto de una compilación del trabajo de diversos autores, el cual no se limitaría a la contención emocional como ocurre en las instituciones gubernamentales, sino que estará encaminado a proporcionar herramientas para un mejor manejo de la sintomatología central provocada por el TEPT así como de la sintomatología secundaria; de esta forma las víctimas secundarias de la desaparición forzada puedan continuar la búsqueda de su familiar, pero con un estado emocional más saludable que les permitirá hacer frente a los trámites legales y burocráticos con los que tienen que lidiar día con día.

INTRODUCCIÓN

“Silvia Arce desapareció en 1998 cuando fue a cobrar unas joyas a unas bailarinas de un antro de Ciudad Juárez. Dejó tres hijos que tenían once, nueve y cuatro años de edad.

La madre de Silvia, Evangelina Arce, se hizo cargo de ellos. Durante 14 años Evangelina ha buscado a su hija sin encontrar respuesta. Ahora ella es uno de los pilares de la organización Justicia para Nuestras Hijas, con la que ha acompañado a cientos de familias que han sufrido su mismo dolor.” (Proceso, 2012, mayo 16)

Historias como esta se repiten a diario en nuestro país; personas que salen de su casa, trabajo o escuela, desaparecen sin dejar rastro sumiendo a su familia en un abismo de desolación; quedando el daño psicológico como una herida invisible.

Una desaparición forzada supone un suceso traumático, un acontecimiento brusco que aparece de forma inesperada e incontrolable y que tiene consecuencias para la víctima, especialmente de terror e indefensión (Echeburúa, 2005).

El Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) “es una alteración psicológica importante que aparece como consecuencia de haber experimentado un acontecimiento traumático” (Foa, Keane y Friedman, 2003 p. 15).

Las víctimas del trauma “se ven obligadas a desarrollar una nueva forma de vida y a experimentar cambios básicos en los modos de sentir, pensar o actuar” (Echeburúa, 2005 p. 187); específicamente en el caso que nos ocupa, las víctimas secundarias de la desaparición forzada en México tienen que mantener no solo un equilibrio emocional y sobrellevar el malestar emocional provocado por la ausencia del ser querido, sino también tienen que recurrir a toda su fortaleza para buscarlo en virtud de la apatía de las autoridades correspondientes.

Dadas estas circunstancias, ¿por qué no aprovechar las herramientas que la tecnología nos ofrece? Hoy es posible estar comunicados con un solo click. El uso del teléfono ha sido sustituido por las video llamadas en la computadora. Si bien

es cierto que no todas las personas cuentan con una computadora e internet, también es cierto que día a día estos recursos están llegando a más y más personas. La ciencia avanza día a día y la psicología no puede quedarse atrás, así que entremos en materia esperando que este trabajo cumpla con el objetivo para el cual fue creado.

CAPÍTULO I

1. Semblanza histórica de la desaparición forzada

La desaparición forzada es quizá uno de los delitos más abominables que existen ya que se violan los derechos más elementales del ser humano. La desaparición forzada conlleva tortura, violencia, maltrato físico y mental, como método represivo es difícil de rastrear, ya que al no haber un cuerpo no se puede tener un registro exacto de cuántas personas desaparecidas han perecido a manos de sus captores.

El Comité de Derechos Humanos de la ONU manifiesta que:

“las personas que sufren angustia y tensión debido a la desaparición forzada de un familiar y la incertidumbre permanente sobre su paradero también son víctimas de una violación del derecho a no sufrir tortura ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, proclamado en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”
(Amnistía Internacional, 2012, pág. 14)

1.1. ¿A qué se le llama desaparición forzada?

La desaparición forzada, también conocida en el lenguaje popular como “levantón”, se ha convertido en un flagelo para nuestro país; de acuerdo a la Convención Interamericana Sobre Desaparición Forzada de Personas llevada a cabo el 9 de junio de 1994 en Brasil, en su Artículo II refiere que “Para los efectos de la presente Convención, se considera desaparición forzada la privación de la libertad a una o más personas, cualquiera que fuere su forma, cometida por agentes del Estado o por personas o grupos de personas que actúen con la autorización, el apoyo o la aquiescencia del Estado, seguida de la falta de información o de la negativa a reconocer dicha privación de libertad o de informar

sobre el paradero de la persona, con lo cual se impide el ejercicio de los recursos legales y de las garantías procesales pertinentes” (Convención Interamericana sobre desaparición forzada, 1994). La desaparición forzada es un delito cuyo propósito es reprimir y sembrar terror entre la población, a fin de obtener control social.

1.2. Desaparición forzada en América Latina

Su práctica surgió en América Latina a finales de los años setenta; los regímenes dictatoriales utilizaron esta metodología como una forma de reprimir a sus opositores políticos, aunque algunos autores encuentran antecedentes en las prácticas nazis durante la Segunda Guerra Mundial, cuando unas siete mil personas fueron trasladadas en secreto a Alemania en 1941 (Amnistía Internacional citado en Molina, SE, VII, 1998).

A finales de la década de los sesenta, setenta y principios de los ochenta, se registraron miles de desapariciones forzadas en países latinoamericanos con Guatemala, Chile, Argentina, Honduras, Brasil, El Salvador, Colombia entre otros.

Guatemala: Por el año de 1962 Guatemala sufrió un enfrentamiento armado por diversos factores, entre los que se encuentran la injusticia estructural, el racismo y el cierre de los espacios políticos entre otros, trayendo como consecuencia una serie de violaciones a los derechos humanos tales como desaparición forzada de dirigentes políticos, sociales, estudiantiles y campesinos pobres, tortura, ejecuciones y violaciones sexuales, siendo más graves entre los años de 1978 y 1984 (Vélez, 2004).

Chile: En este país las desapariciones iniciaron en 1973, posteriores al golpe de estado que derrocó al gobierno de la Unidad Popular. Las fuerzas armadas fueron quienes practicaron las detenciones a campesinos y funcionarios del gobierno

anterior; posteriormente las detenciones de dirigieron principalmente contra militantes del Partido Comunista Chileno (Vélez, 2004).

Argentina: Las desapariciones en Argentina tuvieron lugar entre 1976 y 1983. Éstas fueron producto de una estrategia militar como consecuencia de un golpe de estado que derrocó a María Isabel Perón en 1976. El poder político fue centralizado por los militares a cargo del General Rafael Videla (Vélez, 2004).

Honduras: La práctica de la desaparición forzada de personas en este país, surge en 1981 y se extiende hasta principios de los noventa y estuvo acompañada de violaciones sistemáticas a los derechos humanos, como ejecuciones extrajudiciales, detenciones arbitrarias y torturas. Las víctimas de las desapariciones eran consideradas como “peligrosas” para la seguridad del estado (Vélez, 2004).

Brasil: Los orígenes de la desaparición forzada en este país, van de la mano con la militarización del Estado en 1964. El Servicio de Inteligencia Nacional (SIN) que se encargaba de recoger y clasificar información sobre los opositores. Además de las desapariciones, los presos eran torturados y fallecían debido a los maltratos de que eran objeto. Sus cuerpos eran sepultados con actas de defunción falsas (Molina, SE, VII, 1998).

El Salvador: Durante el año de 1967, se creó en este país la facción Organización Democrática Nacional (ORDEN). En 1970 dicha facción pasó al control directo del ejército. Su función era junto con el ejército, aniquilar supuestos enemigos subversivos (Molina, SE, VII, 1998).

Colombia: De acuerdo con datos de Amnistía Internacional (2013), el conflicto armado en Colombia ha dejado más de 25,000 víctimas de desaparición forzada desde 1985. Éstas han sido perpetradas por los paramilitares y fuerzas de seguridad.

Nicaragua: En 1937 nace la dictadura en este país tras el ascenso a la presidencia de Anastasio Somoza García. Después de permanecer 19 años en el poder, es víctima de un atentado y muere el 29 de septiembre de 1956. Tras la muerte de Somoza García, sus hijos Luis Somoza y Anastasio Somoza Debayle le sucedieron en el poder, desde 1967 hasta la caída de la dictadura en 1979. (Alcántara & Freidenberg eds. 2001). La dictadura Somocista dejó miles de muertos, discapacitados, viudas y huérfanos; pero dejó también otro tipo de víctimas: los desaparecidos. A finales de 1989 y mediados de 1990, la Asociación de Madres de Familiares de Secuestrados y Desaparecidos de Nicaragua (AMFASDEN) informó sobre 867 personas secuestradas-desaparecidas por la Resistencia y tuvo información de otros 5 mil casos. Otras fuentes manejaban cifras superiores a los 10 mil secuestrados. Sin embargo, no se ha podido precisar el número exacto de personas desaparecidas. (Envío, Junio, 1993)

1.3. Los desaparecidos en México

“Los desaparecidos son esa otra catástrofe humana que las cifras oficiales ni siquiera se dignan mencionar. Hay estadísticas oficiales sobre asesinatos (infladas incluso), pero los secuestrados sin destino conocido son otra multitud a la que se le quiere negar desde el poder un rostro, un nombre y un apellido” (Reveles, 2012, pág. 20)

Cuando se habla de la desaparición forzada, tendemos a relacionarla con regímenes militares y dictaduras de los años sesenta y setenta, como los emblemáticos casos de Chile y Argentina por ejemplo. Sin embargo, esta práctica ha tomado otras dimensiones más allá de cuestiones políticas en nuestro país. (Mastrogiovanni, 2004).

Actualmente, la delincuencia organizada emplea en numerosas ciudades de México, principalmente en el norte del país, la privación ilegal de la libertad. La

víctima puede ser cualquier persona: un soplón, rivales de algún cartel, policías, militares, jóvenes, mujeres. Pero, ¿cómo fue que este fenómeno fue creciendo en nuestro país?

1.3.1. La guerra sucia

En México la desaparición de personas por cuestiones políticas comenzó a tomar relevancia durante la llamada “Guerra sucia” a finales de los años sesenta, a lo largo de los años setenta y principios de los ochenta, período durante el cual “el ejército emprendió contra guerrilleros, rebeldes o inconformes, quienes fueron encarcelados, desaparecidos forzosos o asesinados” (Barroso, Hagg, 2005, p. 260).

A mediados de los años sesenta en varios países de Latinoamérica se producen movimientos estudiantiles. En México, se movilizan cientos de miles de jóvenes como consecuencia de la represión gubernamental en las instituciones educativas; y para combatir las formas de control del partido en el poder: el PRI.

El 22 de julio de 1968, tras un incidente entre alumnos de la Vocacional 5 del IPN y los de la Preparatoria particular “Isaac Ochoterena” incorporada a la UNAM, la policía y el ejército actuaron violentamente contra los estudiantes en manifestaciones y en las instituciones educativas que los jóvenes ocuparon en señal de protesta. Para fines de ese mes ya se hablaba de 1200 detenidos, 400 heridos y hasta 200 muertos (Harnecker, 2007; Fournier & Martínez en Funari & Zarankin Comps. 2006).

A principios de agosto se constituyó el Consejo Nacional de Huelga (CNH) formado por maestros y estudiantes de la UNAM, el IPN, así como de escuelas y universidades privadas y de gobierno; posteriormente se les unieron organizaciones sindicales, políticos, intelectuales y maestros, formando así un

movimiento de resistencia contra el autoritarismo del gobierno (Funari & Zarankin Comp. 2006).

El gobierno se negó al diálogo e infiltró policías a las manifestaciones estudiantiles para que cometieran actos vandálicos y así, la opinión pública aplaudiera las acciones represivas que el gobierno emprendiera para mantener el orden y la paz. El 18 de septiembre el ejército ocupó el campus de la UNAM violando la autonomía universitaria, lo que ocasionó movilizaciones y enfrentamientos entre los estudiantes y los militares. El CNH convocó a un mitin en la plaza de las 3 culturas para llevar a cabo una marcha de protesta el cual terminó con la masacre de estudiantes el 2 de octubre de 1968.

Los activistas que sobrevivieron a la masacre fueron perseguidos, detenidos sin orden de aprehensión, encarcelados en instalaciones militares, sometidos a torturas y golpes, e incluso hubo ejecuciones sumarias. (Funari & Zarankin comp. 2006)

El jueves 10 de junio de 1971 conocido como el “Jueves de Corpus” fue reprimida otra manifestación estudiantil por un grupo paramilitar llamado “los Halcones”. Cerca de diez mil personas que realizaban una manifestación con varias demandas y apoyo para los estudiantes de la UANL fueron atacadas con armas de fuego y garrotes dejando como saldo por lo menos 29 personas muertas y un centenar de heridas. El gobierno generalizó la desaparición forzada, la tortura y las golpizas hacia todos los movimientos y organizaciones sociales. (Barroso & Hagg, 2005; Delgado, 2003).

Ante la respuesta represiva de las autoridades, muchos jóvenes optaron por emprender acciones extremistas como la lucha armada a través de los grupos guerrilleros, los cuales utilizaron las armas para luchar contra el gobierno; así, surgieron organizaciones armadas en el campo conocidas como “guerrilla rural” siendo los casos más ilustrativos los de Lucio Cabañas y su Partido de los Pobres (PdIP) y Genaro Vázquez y su Asociación Cívica Nacional Revolucionaria (ACNR).

Otros grupos surgieron en las ciudades adoptando el nombre de “guerrilla urbana”, siendo el grupo más representativo el de la Liga Comunista 23 de septiembre (Mendoza G., 2007 en Aguiluz & Waldman Coords.; Agustín, 1998).

Al surgimiento de estas organizaciones armadas, el gobierno respondió por la vía violenta, con métodos denominados sucios, de ahí que surge el nombre de “guerra sucia”. Las tácticas que utilizó el ejército para combatir estos grupos subversivos dependieron del espacio donde la guerrilla actuaba: ya fuera en el campo o en la ciudad (Aguiluz & Waldman coords. 2007).

En el caso de la guerrilla rural, el Ejército Federal intentó desprestigiar a los grupos armados categorizándolos como “bandoleros”, “asaltacaminos” o “enemigos del orden”. Así mismo utilizó las balas el terror para tratar de callarlos; el ejército invadía comunidades y pueblos enteros, cometía arrestos masivos, violaciones, tortura y ejecuciones. En una tercera estrategia, los militares se vestían como civiles para sacar información a los habitantes del lugar y así capturar a los insurrectos. De esta forma, sospechosos de colaborar con la guerrilla fueron torturados y muertos (Bartra, 1996, Castañeda, 1999, Armendáriz, 2001 citados en Aguiluz & Waldman coords. 2007).

En 1947 se crea la Dirección Federal de Seguridad (DFS) la policía política del régimen priista (Proceso, 2012, enero 30). La DFS dependía de la Secretaría de Gobernación y estaba integrada por policías y militares. Una de las cabezas de esta policía política fue Miguel Nazar Haro. En 1965, el entonces director de la DFS, Fernando Gutiérrez Barrios le ordenó infiltrar a los movimientos subversivos. En 1970 fue designado subdirector de la DFS y responsable del “grupo especial” de la policía política creado para aniquilar a la guerrilla urbana. El combate a los grupos armados en las ciudades fue tan feroz que la organización más fuerte de ese momento, la Liga Comunista 23 de septiembre, para 1974 había sido aniquilada. En ese año y después de los embates de la guerra sucia, la policía política y el ejército habían asesinado a mil de los integrantes de la Liga

Comunista, así mismo 600 estaban desaparecidos o presos. En 1976 el grupo especial se convirtió en la organización paramilitar denominada “Brigada Blanca” (Aguiluz & Waldman coords. 2007; Proceso 2012, enero 30).

En el año 2003, el titular de la extinta Fiscalía Especializada en Movimientos Políticos y Sociales del Pasado (FEMOSPP), Ignacio Carrillo Prieto, informó que el número de personas desaparecidas durante la guerra sucia podrían ascender a 1,500 (La Jornada, 2003, noviembre 7). Sin embargo, en el informe en calidad de borrador titulado “Que no vuelva a suceder” entregado en diciembre de 2005 a dicha fiscalía, se hace mención que de 800 denuncias recibidas, solamente se establecieron 436 casos de desaparecidos durante el movimiento estudiantil de 1968 y los movimientos armados de la década de los setentas (Gómez, 2008).

Por lo anteriormente expuesto, el número de víctimas ocasionadas por la guerra sucia en México es difícil de establecer, debido a la manipulación y desaparición de archivos por parte del gobierno.

1.3.2. La guerra contra el narcotráfico

En el año de 2006, Felipe Calderón Hinojosa con su llegada a la Presidencia de México, implementó una estrategia encaminada a terminar con el crimen organizado, conocida como “guerra contra el narco”; el 11 diciembre de 2006, 11 días después de la toma de posesión de Calderón, se dio inicio al “Operativo Michoacán”, que tenía como objetivo contener la violencia desatada en Michoacán por la pelea que existía entre Los Zetas y la Familia Michoacana, así como legitimar a Calderón en la Presidencia. Dicho operativo contó con cerca de 4 mil 200 elementos del Ejército, mil elementos de la Armada, mil 400 policías federales y 50 agentes del Ministerio Público y fue el inicio de la llamada “guerra contra el narco” (Saldívar, 2014; Navarrijo en Aristegui Noticias 2012, noviembre 26).

Lejos de resultar exitosa, “la guerra contra el narco” contribuyó a exacerbar la violencia existente en el país. Muertos, desaparecidos, torturados, descuartizados, decapitados fueron la constante en los seis años de gobierno de Calderón, sin contar las graves violaciones a los derechos humanos perpetradas por los militares.

La guerra contra el narco dejó como saldo aproximadamente 121,683 muertes violentas (Proceso, 2013, julio 30), así como 26, 121 personas desaparecidas en nuestro país según cifras aportadas por la Procuraduría General de la República (PGR) a través de la Subsecretaria de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la SEGOB Lía Limón. (CNN, febrero 26, 2013).

1.3.3. Situación actual

En diciembre de 2012, Enrique Peña Nieto asumió la Presidencia de México y reconoció que la “guerra contra el narcotráfico” iniciada por Felipe Calderón propició una serie de abusos por parte de los miembros de las fuerzas de seguridad y reconoció que desde 2006 más de 26 000 personas habían sido denunciadas como desaparecidas o extraviadas, (Human Rights Watch, 2014: México)

En agosto de 2014 a través de la Subprocuradora Jurídica y de Asuntos Internacionales de la Procuraduría General de la República (PGR) Mariana Benítez Tiburcio, se informó que el número de personas no localizadas es de 22 mil 322 de las cuales 12 mil 532 corresponden al sexenio anterior y 9 mil 790 a la administración de Enrique Peña Nieto. (Reporte Índigo, agosto 22, 2014).

Estas cifras nos indican que, lejos de descender, las desapariciones en nuestro país continúan aumentando. Y eso nos lleva a cuestionarnos: ¿qué hace el gobierno para apoyar a las víctimas secundarias de la desaparición forzada?

1.4 Instituciones gubernamentales que brindan apoyo en la búsqueda de personas desaparecidas

Cuando una persona desaparece, existen Instituciones que apoyan para su pronta localización. Algunas de ellas son:

- CAPEA (Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes: Este organismo dependiente de la Procuraduría General de Justicia (PGJ) brinda apoyo para la búsqueda de algún familiar que se encuentre extraviado o ausente. La atención psicológica que ofrece consiste en realizar valoraciones psicológicas para determinar sintomatología asociada a víctimas del delito y la aptitud para rendir declaración ministerial. También proporciona intervención en crisis (Gobierno del D.F., 2014).
- Alerta Amber: Este programa depende de la Procuraduría de Justicia (PGJ). De acuerdo a la información que proporciona en su sitio el 2 de mayo de 2012, el Gobierno Federal, implementa y pone en funcionamiento el Programa Nacional Alerta AMBER México, para coadyuvar en la búsqueda y localización de niñas, niños, y adolescentes que se encuentren en riesgo inminente de sufrir daño grave a su integridad personal, ya sea por motivo de ausencia, desaparición, extravío, la privación ilegal de la libertad, o cualquier otra circunstancia donde se presuma la comisión de algún ilícito, ocurrido en territorio nacional. (Alerta Amber, 2014).
- Programa “Dar contigo”: La Secretaría de Seguridad Pública (SSP) ofrece el Programa de Personas extraviadas “Dar contigo”, el cual tiene como objetivo brindar atención, orientación, rehabilitación, búsqueda, alertas, apoyos, acompañamiento y asistencia a las personas vinculadas con el desaparecido y aquellas que sean localizadas (SSP, 2014).
- Programa de Apoyo a Familiares de Personas Extraviadas, Sustraídas o Ausentes: En su sitio de internet, la Procuraduría General de la República,

a través de su Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad, ofrece el Programa de Apoyo a Familiares de Personas Extraviadas, Sustraídas o Ausentes, cuyo objetivo es brindar apoyo social a la población en general, distribuyendo en las delegaciones estatales, cédulas que contienen fotografía, datos de media filiación de la persona extraviada y números telefónicos en los que se pueda proporcionar cualquier información que coadyuve a su localización (PGR, 2014).

- Unidad Especializada de Búsqueda de Personas Desaparecidas: Este órgano pertenece a la Procuraduría General de la República; fue creada el 21 de junio de 2013 pero a la fecha no cuenta con una estructura operativa. Solo tiene personal administrativo y no se han contratado a los agentes policiacos que trabajarán en la búsqueda de los desaparecidos (Flores en Sin Embargo 2014, mayo 26)

Sin embargo, el gobierno de México se ha quedado muy atrás en la búsqueda y localización de personas desaparecidas. Human Right Watch (HRW), en su informe “Los Desaparecidos de México” informó que las autoridades mexicanas

- *“No adoptaron medidas oportunas ni exhaustivas para buscar a las víctimas ni investigar lo sucedido... Muchas veces, incluso, se mostraron más proclives a sugerir que las víctimas tenían algún tipo de culpa y, en clara señal que no consideran prioritaria la solución de este tipo de casos, indicaron a los familiares que efectuaran la búsqueda por sus propios medios. Cuando los agentes del Ministerio público sí investigaron lo sucedido, sus esfuerzos se vieron contrarrestados por demoras, errores y omisiones. (Human Right Watch, febrero 2013, pág. 2)*

Por ello, han surgido organizaciones civiles sin fines de lucro con la finalidad de cubrir todas las deficiencias que presenta el aparato gubernamental.

1.5 Organizaciones Civiles en apoyo a la búsqueda de las personas desaparecidas

Entre las organizaciones civiles que se han creado para apoyar la búsqueda de personas desaparecidas se encuentran:

- **Fuerzas Unidas por Nuestros Desaparecidos y Desaparecidas en México (FUNDEM):** De acuerdo con la información proporcionada en su página de Facebook: "FUNDEM es un movimiento de familiares de personas desaparecidas y personas defensoras de los Derechos Humanos.

FUNDEM se encuentra integrado por:

- Fuerzas Unidas por Nuestros Desaparecidos (as) en Coahuila (FUNDEC)
 - Centro Diocesano para los Derechos Humanos "Fray Juan de Larios" A.C.
 - Centro de Derechos Humanos "Juan Gerardi" A.C.
 - Centro de Derechos Humanos "Victoria Diez" A.C.
 - Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho (FJEDD)
 - Fuerzas Unidas por Nuestros Desaparecidos (as) en Nuevo León (FUNDENL) (FUNDEM, 2014).
- **H.I.J.O.S. México:** H.I.J.O.S. como organización se creó en Argentina en 1995, en un principio formada por hijos de personas desaparecidas por causas políticas durante la dictadura militar en este país (1976-1983). Los H.I.J.O.S. México son hijos de desaparecidos y ex detenidos de México, así como de las dictaduras militares y de las represiones en otros países de América Latina y el cono sur como Guatemala, Panamá y Argentina. (H.I.J.O.S., 2014)

- **Comité Eureka:** De acuerdo a la información proporcionada en su página de internet, el Comité Eureka es una organización que surge durante la guerra sucia en México en el año de 1977, con el nombre de “Comité Pro-Defensa de presos, perseguidos, desaparecidos y exiliados políticos México”. Fue fundada por Rosario Ibarra de Piedra una de las luchadoras sociales más emblemáticas de nuestro país, madre de Jesús Piedra Ibarra, desaparecido en Monterrey en 1975. “Yo era una mujer feliz hasta que me llegó el zarpazo de la represión y me quitaron un hijo” palabras de Rosario Ibarra grabadas en el documental de Shula Erenberg “Rosario”. Esta organización trabaja en defensa de presos, perseguidos, desaparecidos y exiliados políticos de México. (Comité Eureka, 2014).
- **Asociación Mexicana de Niños Robados y Desaparecidos A.C. (AMDNRDAC):** El objetivo principal de la Asociación es la búsqueda, localización, rescate y reintegración al núcleo familiar de los niños que hayan sido robados, sustraídos, ausentes voluntariamente, plagiados o cualquier otra circunstancia que los haya separado del seno familiar. (AMDNRDAC, 2014).
- **Nuestras Hijas de Regreso a Casa (NHRC):** Ésta es una asociación civil fundada por familiares y amistades de jovencitas desaparecidas o asesinadas en el Estado de Chihuahua, las cuales enfrentan esa situación de pérdida de sus hijas adoptando una actitud activa que les permite salir de la impotencia al denunciar los hechos y exigir a las autoridades para que respondan a su demanda de justicia. Esta organización surge a principios del 2001, cuando los asesinatos y desapariciones de mujeres que desde 1993 padece la población juarense, se extiende a la ciudad de Chihuahua. NHRC integra a familias de Ciudad Juárez, defensores de derechos humanos, profesionistas, artistas, académicas, psicólogas, etc., de origen tanto nacional como internacional, y más familias afectadas por estos hechos. Esta organización solicita el apoyo solidario de psicólogos,

médicos, psicoterapeutas, etc. para el diseño y ejecución de diversos programas encaminados a la recuperación emocional y duelo de las familias afectadas. (NHRC, 2014).

- **Justicia para Nuestras Hijas:** Esta organización no gubernamental agrupa a familiares de mujeres desaparecidas y/o asesinadas, así como a abogados, coadyuvantes y asesores. Surge en marzo de 2002 en Chihuahua cuya misión es coadyuvar en la localización de niñas y mujeres desaparecidas del Estado de Chihuahua e impulsar el acceso a la justicia para las víctimas y sus familias, en los casos de desaparición y asesinatos de mujeres, conocidos como feminicidios, así como la prevención de estos delitos (Justicia para Nuestras Hijas, 2014)
- **Colectivo “La Alameda”:** Este colectivo formado por personas solidarias de distintas partes de la República, por medio de las redes sociales difunde fotografías de las personas que desaparecen en la República Mexicana. Su cuenta en Twitter es @_LaAlameda. (La Alameda Radio, 2014).

Estas organizaciones, en algunos casos no cuentan con recursos ni con apoyo gubernamental, por lo que tienen que subsistir mediante donaciones o recursos propios y ello incide directamente en la falta de profesionales capacitados, o bien los existentes son insuficientes para la gran cantidad de casos que requieren el apoyo psicológico.

En el caso de los organismos gubernamentales que sí cuentan con recursos, la problemática que presentan se deriva de la burocracia y atención encaminada solo a la contención de la crisis; los grupos de apoyo y terapia especializada se realizan de manera presencial y ello impide que las personas que se encuentran en lugares alejados puedan asistir. Todo esto conlleva a que las víctimas secundarias no reciban una atención adecuada en tiempo y forma lo que se traduce en malestar emocional, alteración en su calidad de vida, adicciones, intentos suicidas así como problemas familiares y laborales.

CAPÍTULO II

2. Trastorno de Estrés postraumático (TEPT)

Los sentimientos de dolor y desgarramiento aumentan cuando un ser querido se le da por desaparecido que cuando ha muerto súbitamente. En este último caso la familia tiene identificada la fecha del fallecimiento y tuvo la posibilidad de decirle adiós a su ser querido por medio de los ritos funerarios; esto facilita la elaboración del duelo y la proyección de la vida hacia el futuro. Sin embargo, cuando la persona está desaparecida, las estrategias de afrontamiento resultan insuficientes. La incertidumbre de no saber si su familiar está vivo o muerto dificulta la aceptación de la situación, la búsqueda se convierte en parte medular de su existencia. Esto se traduce en una imposibilidad de cerrar el pasado que conlleva al sujeto a no poder construir su futuro.

Todo lo anterior se traduce como un suceso traumático, esto es, un acontecimiento negativo que surge de forma brusca, inesperada e incontrolable y que por no formar parte de las experiencias humanas habituales, produce un impacto psicológico causando dolor y malestar emocional. Cuando una persona es víctima de un suceso traumático reacciona de diferentes maneras de acuerdo a sus recursos de afrontamiento. Pudiera ser que se recupere en un plazo de tiempo razonable sin que por ello no sufra dolor emocional o tenga recuerdos desagradables. Pero si el impacto del trauma es tan intenso que rebasa los recursos de que dispone la persona, ésta puede llegar a desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que es la reacción normal frente a acontecimientos anormales.

2.1. Criterios diagnósticos del TEPT

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association) DSM-IV, los criterios diagnósticos para el

diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81) ^{CIE-10} se describen en la Tabla No. 1.

Tabla No. 1

Crterios diagnósticos para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)
CIE-10 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. (2002)

“A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes

Cont. Tabla 1

síntomas:

- 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.*
- 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.*
- 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.*
- 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.*
- 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.*
- 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).*
- 7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).*

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.*
- 2. Irritabilidad o ataques de ira*
- 3. Dificultades para concentrarse*
- 4. Hipervigilancia*
- 5. Respuestas exageradas de sobresalto.*

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses”.

Por otra parte, los Criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) son:

Cont. Tabla 1

A) El paciente debe haber estado expuesto a una situación (breve o duradera) o a un acontecimiento estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría malestar generalizado en casi todo el mundo.

B) Debe haber episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados.

C) El paciente debe mostrar evitación de situaciones y actividades que recuerdan o sugieren el trauma.

D) Alguno de los siguientes aspectos debe estar presente:

- 1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, aspectos importantes del período de exposición al trauma.*
- 2. Síntomas persistentes de aumento de la activación, no presentes antes de la exposición al trauma, manifestados por al menos dos de las siguientes manifestaciones:*
 - a) dificultad para iniciar o mantener el sueño.*
 - b) irritabilidad o estallidos de ira.*
 - c) dificultad para concentrarse.*
 - d) hipervigilancia.*
 - e) respuesta exagerada de sobresalto.*

E) Los criterios B, C y D deben estar todos presentes dentro de los 6 meses posteriores al hecho traumático excepcional o del final del período traumático (CIE-10. OMS, 1992).

Algunos de los acontecimientos traumáticos que suelen relacionarse con el TEP son:

Catástrofes causadas por la Naturaleza:

- Terremotos, inundaciones, tornados, erupciones volcánicas.

Catástrofes causadas por el hombre:

- Explosiones, incendios, accidentes nucleares, accidentes en medios de transporte, descarrilamiento de trenes, accidentes marítimos, accidentes aéreos, accidentes de tráfico

Guerras y atentados terroristas**Tortura****Violación y agresión sexual****Violencia criminal**

Otros delitos (robo, atraco, etc.) (Sosa & Capafóns, 2005 pág. 11)

2.2. Manifestaciones centrales del TEPT

Existe un amplio debate sobre cuáles son las características centrales del TEPT, por lo que trataremos de listar las más importantes:

Trauma

De acuerdo con Echeburúa (2005) El trauma es “la reacción psicológica derivada de un suceso traumático”. (pág. 30)

Por otra parte Pérez Sales (2006) señala que un trauma es “una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada con frecuencia a emociones extremas y vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia,

desconcierto, humillación, desamparo o pérdida de control sobre la propia vida. (pág. 50)

Un trauma quiebra el sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás seres humanos. La persona pierde la integridad del yo y del yo frente al mundo. (Echeburúa, 2005; Pérez, 2006).

Reexperimentación

La reexperimentación se manifiesta por medio de pensamientos, sentimientos y conductas específicamente relacionadas con el evento traumático. Son de naturaleza intrusiva, y originan una reacción de pánico, terror y malestar intenso parecido al que se experimentó frente al evento traumático. (Sosa & Capafóns, 2005)

La reexperimentación puede representarse por diversos modos. Uno de ellos es el llamado *flashback* en el cual, la persona recuerda la situación traumática como si estuviera sucediendo de nuevo. Otras veces, las personas tienen pesadillas recurrentes relacionadas con el trauma. En otras ocasiones las personas experimentan un intenso malestar al verse expuestas ante estímulos internos o externos que les recuerdan el evento traumático. Dicho malestar puede ser psicológico (terror por ejemplo) o fisiológico (sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca y de la respiración) (Sosa & Capafóns, 2005).

En la reexperimentación los recuerdos del evento traumático ocurren de manera involuntaria, intrusiva y no deseada lo que suscita emociones desagradables en el individuo, afectando su funcionamiento. (Sosa & Capafóns, 2005).

Conductas de evitación y conductas de embotamiento emocional

Las personas afectadas por el TEPT usualmente tienden a evitar los estímulos relacionados con el evento traumático (lugares, actividades, pensamientos, etc.)

Esta evitación puede llevar al sujeto a ser incapaz de recordar aspectos relevantes de la situación traumática. Este fenómeno se conoce como amnesia psicógena. (Sosa & Capafóns, 2005).

Por otra parte, el embotamiento afectivo les impide experimentar emociones positivas o negativas; esto les acarrea una disminución del interés por actividades que anteriormente les resultaban gratificantes y ello les dificultará el desarrollo y mantenimiento de las relaciones con otras personas. (Sosa & Capafóns, 2005).

Alteraciones en el nivel de activación autonómica

Los pacientes con TEPT manifiestan hipervigilancia, problemas para conciliar y mantener el sueño, sobresalto, dificultades de concentración, irritabilidad y ataques de ira. Estas manifestaciones inciden en su capacidad de concentración y con su rendimiento cognitivo. (Sosa & Capafóns, 2005).

2.3. Manifestaciones secundarias del TEPT

Entre las manifestaciones secundarias del TEPT podemos enumerar las siguientes:

Depresión

Estas manifestaciones pueden llegar a estar presentes en los pacientes con TEPT. Se presentan como inactividad, pensamiento negativo, conducta/ideación suicida, problemas de concentración, bajo estado de ánimo, sentimientos de apatía, desesperanza, problemas de sueño y apetito. (Sosa & Capafóns, 2005).

Duelo complicado

Las personas con TEPT manifiestan el duelo complicado por medio de sentimientos de ansiedad, malestar, tristeza, protesta e ira, mismos que se

prolongan más en el tiempo; ya sean meses o incluso años después de la pérdida. Estas manifestaciones emocionales pueden tomar la forma de recuerdos intrusivos perturbadores. (Sosa & Capafóns, 2005).

Conducta agresiva

Ésta se presenta en forma de hostilidad frente a las personas que los rodean. En otras ocasiones puede estar dirigida hacia ellos mismos en forma de cortes autoproducidos, búsqueda de situaciones de riesgo, abuso de sustancias psicoactivas, etc. (Sosa & Capafóns, 2005).

Deterioro en el nivel de autoestima.

Los pacientes con TEPT reflejan este deterioro en una falta de confianza en sí mismos; se valoran negativamente y también valoran negativamente sus logros, y tienden a abandonar con facilidad las actividades que comienzan. (Sosa & Capafóns, 2005).

Alteraciones en la identidad personal

En este rubro encontramos confusión respecto a los propios deseos, metas y gustos, sentimientos de despersonalización e incluso amnesia sobre el evento traumático. (Sosa & Capafóns, 2005).

Dificultades en las relaciones interpersonales

Los pacientes con TEPT manifiestan problemas para establecer relaciones íntimas; las relaciones familiares y maritales se tornan conflictivas. (Sosa & Capafóns, 2005).

Sentimientos de culpabilidad y vergüenza

Al ser víctimas de un suceso traumático, muchas personas quedan con un sentimiento de culpabilidad. Éste puede tomar la forma de remordimiento en el caso de haber sobrevivido a un atentado por ejemplo, o una sensación de

responsabilidad sobre el suceso, así como vergüenza por su comportamiento o reacción ante el hecho traumático. En muchos casos, las víctimas exageran su grado de responsabilidad en el suceso; esto las lleva a culparse generando atribuciones erróneas que desembocan en fuertes sentimiento de culpa que interfieren en el proceso de recuperación del trauma. (Sosa & Capafóns, 2005).

Quejas somáticas y problemas físicos

Éstas se presentan como dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, mareos, alteraciones del sistema inmune, dolor en el pecho y molestias físicas de diversa índole. (Sosa & Capafóns, 2005).

2.4. Factores que influyen en la aparición de síntomas postraumáticos

Las personas reaccionan de formas distintas ante un hecho traumático; pero ¿de qué elementos depende que aparezcan los síntomas postraumáticos? Estos dependen de una serie de factores predisponentes y precipitantes.

Características del hecho traumático

El evento traumático dependerá de la gravedad del agente estresor así como de sus características. Si el evento estresante es repentino, prolongado repetitivo o intencional con seguridad producirá más efectos traumáticos. Estas características disminuyen la capacidad de la persona para desarrollar estrategias eficaces de afrontamiento y para controlar la situación estresante. (Pérez, 2006).

Características de la persona

En este aspecto, los síntomas intrusivos tales como imágenes o pensamientos relacionados con el evento traumático se relacionan directamente con el nivel de cercanía e implicación en el impacto traumático. Así mismo, la existencia de hechos traumáticos anteriores y la existencia de síntomas psiquiátricos crean una vulnerabilidad a los eventos traumáticos. (Pérez, 2006).

2.5. Factores perpetuadores y potencializadores del evento traumático

El hecho de compartir el suceso traumático no siempre puede resultar benéfico para la persona, sobre todo si la persona no lo ha asimilado del todo. Si la audiencia es poco empática, indiferente, si no le proporciona apoyo o si la persona se siente incomprendida puede producirse una retraumatización secundaria.

De igual forma, hacerse preguntas del tipo ¿por qué a mí?, ¿porqué en ese lugar? etc. es una manera de perpetuar los síntomas porque lleva a la persona a dar vueltas a la situación sin llegar a ninguna conclusión, ocasionándole sufrimiento y angustia. (Pérez, 2006).

Para finalizar este capítulo haremos una breve reseña de lo que implica el TEPT: Al experimentar un evento de naturaleza traumática como una catástrofe provocada por la naturaleza, un accidente, un suceso de naturaleza violenta, una agresión sexual o un atentado terrorista, las personas afectadas pueden responder de diversas formas ante la situación, de acuerdo a sus propios recursos de afrontamiento y a su vulnerabilidad psicológica; algunas veces pueden recuperarse sin ayuda en un plazo razonable. Pero cuando el suceso rebasa su capacidad de respuesta aunado a problemas emocionales preexistentes, las personas pueden desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que les acarrea sufrimiento y malestar emocional. Entre las manifestaciones centrales del TEPT están: la reexperimentación, evitación, embotamiento emocional, hipervigilancia y problemas de sueño. Las manifestaciones secundarias del TEPT incluyen depresión, duelo complicado, agresividad, baja autoestima y sentimientos de culpa.

Definidas las características del Estrés postraumático, así como sus manifestaciones y desencadenantes procedo al análisis de los diversos recursos tecnológicos que podrán ser de utilidad al realizar una psicoterapia en línea.

Capítulo III

3. Psicoterapia en línea

El desarrollo de nuevas tecnologías ha permitido la creación de herramientas que nos permiten acortar distancias, acceder a todo tipo de información y mantenernos comunicados sin importar el lugar donde nos encontremos. Estos avances tecnológicos también producen cambios importantes en las diferentes profesiones.

En el caso de la psicología, la relación profesional entre paciente y psicólogo que se asumía desde el entorno presencial, ahora también lo es en el ámbito virtual. Con ello se abre una nueva vía de psicoterapia: la psicoterapia en línea. (Chamarro et al., 2007)

Aunque parece indudable que nada se compara con la psicoterapia tradicional cara a cara, muchos pacientes podrían beneficiarse con una “terapia a distancia” con el uso de internet; sin embargo se pueden hallar inconvenientes en el desarrollo de una terapia vía internet entre los cuales podríamos contar:

- Dificultad en el establecimiento de una buena relación terapéutica debido a problemas técnicos con los servicios de mensajería.
- Dificultad en la implementación del tratamiento; se requerirá de un esfuerzo adicional para aplicar las estrategias de relajación, reestructuración cognitiva, etc.
- Dificultad para captar en su totalidad la gama de matices sensoriales que una intervención presencial tiene (oído, vista, olfato, tacto, etc.)

Estas dificultades podrían representar un esfuerzo extra para el paciente y el terapeuta, dificultades que se verían compensadas por los múltiples beneficios que una psicoterapia en línea le brindaría entre los que podemos mencionar:

- Economía: El paciente no tiene que gastar en un traslado, pasajes u hospedaje.

- Distancia: Paciente y terapeuta se pueden comunicar aunque vivan en localidades diferentes.
- En situaciones de emergencia, el paciente cuenta con la posibilidad de acudir al psicólogo en línea y recibir el apoyo. (Bermejo, 1999)

3.1. ¿En qué consiste la Psicoterapia en línea?

La también llamada ciberterapia consiste en recibir atención psicológica por medio de una video conferencia principalmente, aunque también puede apoyarse con otras herramientas como las llamadas telefónicas o correos electrónicos; el paciente ingresa en la página web que ofrece el servicio y mediante el envío de un mail a una dirección electrónica o previo llenado de un formulario agenda una cita con el terapeuta; para completar el trámite realiza un pago con transferencia electrónica, depósito bancario, tarjeta de crédito o por medio de alguna de las agencias especializadas en envío de dinero. Al realizar el pago se programa la sesión vía Skype, Hangouts o algún otro servicio de mensajería de acuerdo a la preferencia del paciente. La duración de la terapia es de 12 a 14 sesiones semanales de aproximadamente 50 minutos cada una; si el paciente no muestra mejoría entonces se recomienda canalizarlo para una terapia presencial.

3.2. Herramientas tecnológicas utilizadas en la psicoterapia en línea

Entre las herramientas que son útiles para llevar a cabo una psicoterapia en línea se encuentran los diferentes servicios de mensajería instantánea describiendo a continuación los que se consideran más destacados y fáciles de obtener:

Hangouts

Es una herramienta gratuita que ofrece Google para la realización de una videollamada; para realizarla sólo se necesita tener una cuenta en Gmail, una

cámara web y un micrófono; la persona que se enlaza debe tener los mismos requisitos. Hangouts es compatible con todas las computadoras; para su uso en tablets, teléfonos Android, Iphone, Ipad e Ipod Touch es necesario descargar una aplicación mediante Google Play.

Skype

Con este servicio de mensajería se pueden realizar llamadas y videollamadas hasta con 25 personas así como enviar mensajes de texto y de video mediante su servicio de chat. Esta aplicación es gratuita y fácilmente descargable y ejecutable desde su sitio web y puede usarse en los dispositivos Android, iPhone, iPad, iPod, Windows Phone, MAC y Linux, así como en tablet y PC.

LINE

Esta aplicación de mensajería ofrece a los usuarios mensajes de texto gratuitos así como videollamadas y llamadas de voz. Es compatible con iPhone, Android, Windows Phone, Blackberry, Nokia Asha, OS y PC (Windows y Mac OS) y se descarga directamente de su sitio de internet.

3.3. Laboratorio de enseñanza virtual y ciberpsicología UNAM

En el año de 2001 fue fundado el Laboratorio de enseñanza virtual y ciberpsicología por la Doctora en Psicología de la Salud, Georgina Cárdenas López, Tutora Principal y adjunta en el programa de Doctorado en Psicología y Salud. La Doctora Cárdenas se ha enfocado a desarrollar programas multimedia para la enseñanza de competencias profesionales en Psicología y a incorporar tecnologías avanzadas a los tratamientos psicológicos, tales como: Psicoterapia en línea, empleo de la realidad virtual para el tratamiento de fobias, programas de tele-psicología y desarrollo tecnológico de ambientes virtuales para el tratamiento de trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. Así mismo ha dirigido numerosas tesis de licenciatura, maestría y doctorado. (CoMePPsi, 2014).

El Laboratorio de enseñanza virtual y ciberpsicología es un espacio diseñado para apoyar a la enseñanza superior en áreas básicas y experimentales, aprendizaje y diseño pedagógico. Así mismo, este espacio brinda atención psicológica en línea para las personas que sufren depresión leve y moderada, ansiedad, duelo y violencia doméstica, por medio de una videoconferencia en donde terapeuta y paciente pueden verse en la pantalla de la computadora y completar su conversación con textos o audio. Para dar este servicio se cuenta con estudiantes de licenciatura y psicólogos clínicos, quienes cursan su doctorado en esa disciplina.

Con el paso del tiempo su servicio se ha ido ampliando; actualmente cuentan con atención para la prevención de adicciones y para víctimas de secuestro o robo con violencia. Este método ha permitido la atención psicológica de migrantes mexicanos en Estados Unidos, que residen en Yuma, Arizona.

3.3.1. Realidad virtual para el tratamiento de Estrés Postraumático

En el año de 2012, fue probado con éxito un Programa Terapéutico mediante realidad virtual, diseñado por expertos del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología, para víctimas de violencia criminal que presentaban síntomas de estrés postraumático. Este programa es similar al que se utiliza con los soldados de Estados Unidos que regresan de Irak o Afganistán.

La Facultad de Psicología de la UNAM, en colaboración con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) evaluó a 200 personas para detectar el impacto psicológico causado por la violencia que se vive en aquella entidad (CNN, agosto 21, 2012)

Dicha evaluación consistió en el uso de unos lentes de realidad virtual por parte del paciente, para navegar en alguno de los escenarios tridimensionales basados

en situaciones reales que le recordaran el evento traumático; con ello el paciente comienza a recuperar los recuerdos perdidos. Por su parte, el terapeuta controla el teclado y presenta diversos estímulos tales como voz, sonido e imagen al paciente. El objetivo de este programa es que el sujeto haga un reprocesamiento emocional y extinción de las respuestas de miedo condicionadas. Los resultados de dicho estudio reportaron que el 27.5% de los participantes presentaron trastornos por estrés postraumático: (Boletín UNAM, 2014).

El uso de la realidad virtual también se ha empleado para el tratamiento de fobias (a la oscuridad, a volar, agorafobia, fobia social) y trastorno obsesivo compulsivo mediante un tratamiento de corte cognitivo-conductual (o telepsicología porque se puede tomar a distancia) que abarca la psicoeducación, enseñanza de estrategias de reducción de ansiedad, reestructuración cognoscitiva (modificar pensamientos negativos e irracionales por otros más sensatos), y técnicas de exposición. Tiene una duración de entre 12 y 14 sesiones. (Universia, Junio 05, 2009).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el uso de recursos cibernéticos ha resultado de probada eficacia tanto en su modalidad en línea como en realidad virtual; hoy en día este servicio no es exclusivo de la UNAM. Navegando por internet podemos encontrar psicólogos de diversos países que ofrecen estos servicios con diferentes precios, ventajas y desventajas.

Hemos hablado ya de la violencia que existe en nuestro país, del estrés postraumático como consecuencia de haber sufrido un hecho violento y cómo la psicoterapia en línea puede ayudar a su tratamiento. Sin embargo, muchos de los estudios y propuestas van dirigidos a quienes han sufrido en carne propia la violencia, ya sea por un secuestro, asalto o desastre natural. Pero ¿qué pasa con aquellas personas que no fueron violentadas directamente pero que sufren las secuelas del evento traumático?

En el siguiente capítulo presentamos una propuesta de intervención para las víctimas secundarias de la desaparición forzada vía internet.

Capítulo IV

4.- Propuesta de Intervención

“2007, el peor año de 65 que tengo de vida, me han robado lo más preciado que puede tener un padre. Subsisto porque tengo una familia, hijos y nietos que no pueden verme caer. 50 años de trabajo donde tal vez tuve más errores que aciertos pero donde siempre busqué hacer el bien a la sociedad y los que me rodeaban” Nelson Vargas (El Universal, octubre 15, 2008). “Los primeros 20 días yo me dormía en mi oficina que da al jardín con la puerta abierta, sentado en el sillón, porque me rehusaba a que Fernandito entrara y me viera en una cama. Mi mujer se dormía en la sala con la puerta abierta y mi hija en otro sillón; así pasamos muchas noches de desesperación. Cualquier ruido nos despertaba y te parabas con una sonrisa, diciendo ya lo tengo. Han sido las peores noches de nuestras vidas, la peor época de nuestra vida” Alejandro Martí (CNN Expansión, agosto 14, 2008).

Con estos testimonios de dos casos emblemáticos en nuestro país sobre la desaparición forzada comienzo este capítulo que es la parte central de esta tesina: la propuesta de intervención para el tratamiento de las víctimas secundarias de la desaparición forzada en México que presentan TEPT; propuesta que surge de la compilación del trabajo de diversos autores como Díaz-Benjumea, Craske, Barlow, (2001), Echeburúa (2005), Falsetti & Resnick, (1998 [citados en Lyddon & Jones, 2002] y Hernández G. (2001).

El enfoque que pretende darse a este método de intervención está basado en la Terapia de Exposición de Canales Múltiples la cual es una adaptación de la Terapia de Procesamiento Cognitivo, y en la psicoeducación, (proporcionar al paciente información relacionada con su problemática). Esta terapia primero enfrenta al paciente a la excitación fisiológica (sensaciones de mareo, hiperventilación, tensión muscular) que experimenta durante una crisis de ansiedad y posteriormente realiza la exposición cognitiva y conductual (se le

expone primero a los recuerdos traumáticos por medio de la imaginación y posteriormente “in vivo”); este método es aplicable a aquellos sujetos que han experimentado algún suceso traumático y por ello sufren de TEPT y crisis de angustia. El propósito de esta propuesta es entrenar al paciente para que controle la sintomatología central del TEPT como es la reexperimentación, evitación, embotamiento emocional, hipervigilancia y problemas de sueño mediante ejercicios de relajación mental y muscular, técnicas para la respiración y reestructuración cognitiva así como ejercicios para la sintomatología secundaria (depresión, ira y sentimientos de culpa).

4.1. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son: personas que sufren de estrés postraumático derivado de haber sufrido la desaparición forzada de un familiar:

De acuerdo a los autores Foa, Keane & Friedman (2003) los criterios de exclusión para una terapia de este tipo son: menores de edad y personas que presentan dependencia activa de sustancias, ideación suicida aguda o déficit neuropsicológico. Sin embargo, y como se ha descrito en el capítulo 1 de este trabajo, las víctimas secundarias de la desaparición forzada en México muchas de las veces resultan ser menores de edad, tienen algún tipo de adicción resultado del sentimiento de culpa derivado del evento traumático o incluso presentan ideación suicida al no poder soportar el dolor emocional que conlleva la pérdida de un ser querido, motivo por el cual considero no podrían excluirse de esta propuesta de tratamiento.

Por lo anterior, la propuesta adicional a las técnicas que se mencionan en los siguientes apartados, incluiría:

Niños y adolescentes:

- Entrenamiento al tutor del niño para el manejo de la sintomatología del TEPT (psicoeducación)
- Sesiones conjuntas con el tutor del niño

Personas adictas a la droga

- Psicoeducación sobre los efectos y consecuencias que acarrea el consumo de drogas.
- Sugerir al paciente se integre a un grupo de apoyo como Alcohólicos Anónimos.

Ideación suicida

- Reestructuración cognitiva para modificar pensamientos negativos y distorsionados.

Con base en lo antes expuesto los criterios de exclusión que se proponen son:

- Personas que presenten cuadro psicótico: Un cuadro psicótico se caracteriza porque el paciente pierde el sentido de la realidad. No es capaz de diferenciar su realidad interna con la realidad objetiva; así mismo no tiene conciencia de su enfermedad, por lo tanto no es capaz de considerar la falsedad de los contenidos de los síntomas que sufre y el iniciar un tratamiento puede verlo como un atentado a ese mundo psíquico interior. Entre los trastornos psicóticos encontramos: Esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico breve y trastorno psicótico compartido.
- Intencionalidad suicida elevada. Si el paciente presenta una intencionalidad suicida violenta, premeditada y casi letal con intentos de evitación de un rescate y sentimientos de culpa al haber sobrevivido tampoco se considera candidato a una terapia como la que se propone, en virtud de que

consideramos sería de alto riesgo debido a la sintomatología antes expuesta. La exposición al evento traumático podría provocar un desequilibrio que lo llevara a conducirse de manera impulsiva y sin posibilidades de proporcionarle auxilio por la condición de la terapia en línea y desembocar en una situación de consecuencias funestas.

Para quienes estén dentro de estos criterios de exclusión se sugiere sean remitidos a consulta psiquiátrica para su valoración y control por medio de medicamentos.

4.2. Objetivos del tratamiento

Los objetivos terapéuticos del tratamiento son

- ✓ Reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático así como los síntomas asociados a éste para que el paciente sobrelleve mejor el malestar causado por el recuerdo.
- ✓ Aumentar la capacidad del paciente para distinguir entre los estímulos traumáticos y los recuerdos traumáticos, de los que no lo son favoreciendo así su adaptación.
- ✓ Ayudar al paciente para reducir la reexperimentación, la reactividad psicológica y fisiológica ante los recuerdos traumáticos.
- ✓ Reducir las conductas de evitación relacionadas con el evento traumático.
- ✓ Reducir los trastornos del sueño y la ansiedad relacionada con el temor ante el suceso traumático.
- ✓ Reducir las conductas que lo limitan para la vida diaria, que alteran el funcionamiento, interfieren en la toma de decisiones y contribuyen a la adopción de actividades de alto riesgo.

- ✓ Lograr una mejoría funcional del paciente que le permita enfrentarse a la búsqueda de su familiar en un estado emocional más estable.

4.3. Estructura de la psicoterapia en línea

La propuesta motivo de este trabajo consta de 14 sesiones de 50 minutos cada una, distribuidas de la siguiente forma:

- **Primer contacto:** El paciente se comunica vía correo electrónico con el terapeuta para agendar una cita. Por la misma vía se establece el horario de la sesión así como el servicio de mensajería para entablar comunicación. La propuesta de intervención sugiere el programa Hangouts de Gmail que presenta una mejor recepción y facilidad de uso.
- **Sesión 1:** Por medio de una videollamada se contacta al paciente, se establece el rapport, se le explica en qué consiste la psicoterapia en línea, y se le solicitan sus datos personales.
- **Sesión 2:** En esta sesión por medio del servicio de mensajería se le envían al paciente los instrumentos de evaluación de los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión para que los responda y los remita por la misma vía.
- **Sesiones 3 a 14:** En estas sesiones llevaremos a cabo las estrategias de intervención con el paciente.
- **Sesión 15:** Cierre de la psicoterapia en línea.

4.3.1. Materiales y equipo

Para la psicoterapia en línea se requiere:

- ✓ Una PC con conexión a internet.

- ✓ Bocinas y micrófono.
- ✓ Programa de mensajería gratuito: Hangouts, Skype, LINE.
- ✓ Formato para recabar los datos personales del paciente (anexo 1).
- ✓ Para evaluar el TEPT se utilizará la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS), la cual es una escala estructurada diseñada para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas del TEPT, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Está estructurada en un formato Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. Las puntuaciones van en un rango de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación, y de 0 a 15 en la de activación. Su eficacia diagnóstica es muy alta si se establece un punto de corte global de 15 y puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación respectivamente. (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997; Echeburúa, 2005). (Anexo 2)
- ✓ Para la evaluación de otros síntomas psicopatológicos asociados como ansiedad y depresión se utilizará:
 - ❖ Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) el cual es un instrumento de autoevaluación que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y 20 ítems relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte en el STAI-Estado (percentil 75) es de 31 para la población femenina y de 28 para la población masculina (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, versión española de TEA, 1982; Echeburúa, 2005) (Anexo 3)

- ❖ En el caso de niños y adolescentes, la Dra. Laura Hernández Guzmán propone una guía para el terapeuta en forma de preguntas, en donde se muestran los aspectos a considerar en la evaluación del TEPT, ya sea mediante la entrevista, observación directa, medida psicofisiológica o tarea de “stroop” (palabras relacionadas con el evento traumático señaladas con diferentes colores). Para el objetivo de este trabajo omitimos los ítems que se refieren a la medida psicofisiológica en virtud de que no se cuenta con los aparatos para medir respuestas electrogalvánica y electromiográfica. Para obtener un diagnóstico de TEPT se deben cumplir los criterios del DSM-IV-TR (seis síntomas de los criterios B) 1), C) 3) y D) 2) durante más de un mes con malestar clínicamente significativo o deterioro social o escolar (Hernández, G. 2001). (Anexo 4)
- ❖ Inventario de depresión (BDI) el cual es un instrumento de autoevaluación que consta de 21 ítems con un rango de 0 a 63 puntos y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana y la población con sintomatología depresiva es de 18. Sus ítems le dan más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, versión española de Vázquez y Sanz, 1997; Echeburúa, 2005) (Anexo 5)

4.4. Formulación de tratamiento

El paciente nos contacta vía internet; procedemos a recabar los datos personales **(sesión 1)** y evaluamos al paciente **(sesión 2)**, Para las siguientes sesiones se proponen las siguientes técnicas de tratamiento dirigidas a objetivos específicos que como mencionamos anteriormente, son el resultado de una compilación de diferentes técnicas propuestas por Diaz-Benjumea, Craske, Barlow, (2001);

Echeburúa (2005); Falsetti & Resnick, (1998 [citados en Lyddon & Jones, 2002]) y Hernández G. (2001) adaptadas a la población mexicana.

Sesión No. 3

Técnica propuesta:

- Autoobservación,
- Expresión de emociones
- Psicoeducación

No. de sesiones:

- 1 sesión

Objetivos:

- Identificar las situaciones donde ocurre la reexperimentación, ansiedad, la angustia y el miedo.
- Identificar desencadenantes externos e internos
- Informar al paciente el origen de éstas emociones describiendo los aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales.
- Enseñar al paciente a expresar sus emociones de forma progresiva en un entorno seguro.
- Disminuir el embotamiento emocional

Sesiones Nos. 4 y 5

Técnica propuesta:

- Exposición al canal fisiológico mediante:
 - ✓ Exposición interoceptiva produciéndole Hiperventilación voluntaria
 - ✓ Reeducción respiratoria
 - ✓ Técnicas de relación muscular y relajación mental
- Psicoeducación (Informar al paciente sobre las causas fisiológicas del estrés).

En el caso de niños y adolescentes se propone:

- Ejercicios respiratorios sin hiperventilación
- Imaginación guiada donde el paciente tenga el dominio y control de la situación.

No. de sesiones:

- 2 sesiones

Objetivos:

- Informar al paciente sobre los conceptos de hiperventilación y condicionamiento interoceptivo y sus bases fisiológicas para eliminar creencias disfuncionales y sustituirlas por información racional.
- Informar al paciente el valor que tiene para la supervivencia la ansiedad y el pánico.
- Crear en el paciente una sensación similar a la que experimenta durante una crisis de ansiedad en un ambiente controlado. (Tabla 2)
- Enseñar al paciente a disminuir el miedo ante las sensaciones corporales a través de la exposición corporal a esas señales.

Tabla 2

Técnicas de hiperventilación voluntaria (Díaz-Benjumea, Craske, Barlow, 2001)

En un sitio cómodo y seguro se le proporcionan las siguientes instrucciones al paciente para crearle un estado de hiperventilación voluntaria para que compare estos síntomas con los que experimenta durante una crisis de angustia como son: mareo, confusión, irrealidad

- ▲ *Se le solicita ponerse de pie y respire rápida y profundamente como si estuviera inflando una pelota durante medio minuto.*
- ▲ *Posteriormente se le pide se siente, cierre sus ojos y respire muy lentamente, haciendo una pausa al final de cada respiración hasta que hayan desaparecido los síntomas..*

- Entrenar al paciente en respiraciones lentas y profundas (Tabla 3)

Tabla 3

Entrenamiento en respiraciones lentas y profundas (Echeburúa, 2005, pág. 146; Hernández G., 2001 en Caballo, V. [Dir.] p. 131)

Si el paciente percibe signos de hiperventilación involuntaria debe de seguir los siguientes pasos:

Cont. Tabla 3

- 1) Interrumpir lo que está haciendo, sentarse y/o concentrarse en los siguientes pasos.
- 2) Retener la respiración, sin inhalar profundamente y contar hasta 10.
- 3) Cuando llegue a 10, exhalar y decirse a sí mismo de una manera suave “tranquilo”.
- 4) Inhalar y exhalar en ciclos de 6 segundos, 3 para la inhalación y 3 para la exhalación, repitiéndose la palabra “tranquilo” con cada exhalación. Son 10 ciclos de respiración por minuto.
- 5) Al final de cada minuto después de 10 ciclos de respiración, retener la respiración 10 segundos. Posteriormente, reanudar los ciclos de respiración de 10 segundos.
- 6) Continuar respirando de este modo hasta que desaparezcan los síntomas de hiperventilación voluntaria
- 7) En el caso de niños y adolescentes se les enseña la respiración diafragmática, pidiéndole al niño imagine que su estómago es un globo, que lo infle con una inhalación y lo desinfe soplando lentamente hasta vaciarlo completamente. Conforme domine la técnica, se aumenta la dificultad pidiéndole sostenga la respiración hasta contar 4 segundos.

- Entrenar al paciente en técnicas de relajación muscular (Tabla 4)

Tabla 4***Técnica de relajación muscular progresiva (Echeburúa, 2005, pág. 148)***

En un ambiente tranquilo, cómodo y sin distracciones se le solicita al paciente realizar los siguientes ejercicios con cada una de las partes de su cuerpo:

Manos: Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación.

Brazos (bíceps): Doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.

Brazos (tríceps): Estirarlos hacia adelante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos.

Frente: Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar

Entrecejo: Fruncirlo y soltarlo despacio.

Ojos: Desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos

Mandíbulas: Sonreír de manera forzada, soltar y relajar

Labios: Apretarlos, Soltar y relajarlos

Cuello: Girar a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás; soltar y relajar

Hombros: Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos

Cont. Tabla 4

Tórax: Respirar lentamente

Estómago: Contraer hacia adentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.

Glúteos: Contraerlos apretando hacia el asiento, soltar y relajar.

Piernas (1): Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.

Piernas (2): Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.

- Entrenar al paciente en técnicas de relajación mental (Tabla 5)

Tabla 5***Ejercicios de relajación mental (Echeburúa, 2005 pag. 149)***

Se le solicita al paciente realizar las siguientes acciones:

1.- Escribir una lista de lugares o situaciones que le resulten relajantes (bañarse en la playa, escuchar música grata, pasear por el campo, tomar algo en una terraza acompañado de un grupo de amigos, etc.)

2.- Después de relajarse muscularmente con los ejercicios, imaginar de la forma más realista posible que está en una de esas situaciones apacibles.

3.- No preocuparse si no se puede concentrar durante mucho tiempo en una imagen. Si tiene varias, puede imaginárselas una detrás de otra. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupantes durante períodos cada vez más largos.

4.- Si no puede pensar en una imagen relajante, que se concentre en algo interesante o divertido.

- Controlar la ansiedad e hiperactivación mediante las técnicas respiratorias.

Sesión No. 6**Técnica propuesta:**

- Control de la depresión mediante:
 - ✓ Cambio de pensamientos negativos equivocados
 - ✓ Implicación en actividades agradables
 - ✓ Búsqueda de lo positivo en las vivencias cotidianas.

No. de sesiones:

1 sesión

Objetivos:

- Enseñar al paciente a detectar pensamientos negativos y sustituirlos por pensamientos más positivos.
- Implicar al paciente en actividades que le resulten gratificantes para levantar el ánimo. (Tabla 6)
- Identificar lo negativo de forma apropiada, tomar conciencia y expresarlo verbalmente.
- Centrar al paciente en las experiencias positivas que ha tenido a lo largo de su vida.

Tabla 6

Programación de actividades lúdicas (Echeburúa, 2005, pág. 153)

Se le proporcionan al paciente las siguientes instrucciones:

- 1.- Hacer una lista de las actividades que le gusta llevar a cabo o que le han interesado en un pasado reciente.
- 2.- Reservar tiempo suficiente para realizar dichas actividades al final de la jornada laboral y los fines de semana y vacaciones.
- 3.- Concederse algún "gusto". Enseñar al paciente a mimarse de vez en cuando.

Sesión No. 7**Técnica propuesta:**

- Control de la ira mediante:
 - ✓ Distracción del pensamiento (Tabla 7)
 - ✓ Autoinstrucciones positivas (Tabla 8)
 - ✓ Imaginación guiada evocando sucesos causantes de ira. (Tabla 9)

No. de Sesiones:

✓ 1 sesión

Objetivos:

- ✓ Desconectar pensamientos agresivos y sensaciones corporales relacionadas con la ira.

Tabla 7**Ejercicios para distracción del pensamiento (Echeburúa, 2005, pág. 142)**

Esta técnica es útil para desconectar de los pensamientos agresivos y de las sensaciones corporales asociadas a la ira.

- *Concentrarse en lo que está pasando alrededor.*
- *Practicar alguna actividad mental.*
- *Hacer ejercicio físico.*
- *Realizar respiraciones lentas y profundas.*

Tabla 8**Ejercicios de Autoinstrucciones positivas (Echeburúa, 2005, pág. 142)**

- *Ejemplo de autoinstrucciones positivas es el siguiente:*
- *Estoy furioso, ¿por qué me siento así?*
- *Estar enojado no me ayuda en nada.*
- *Voy a esforzarme para tranquilizarle. Para ello voy a respirar despacio, con calma.*
- *Tengo pensamientos agresivos, pero no me voy a dejar vencer por ellos. Voy a pensar en otra cosa y voy a distraerme con otra actividad.*
- *Muy bien, lo he conseguido*

Tabla 9**Ejercicios con imaginación guiada para el control de la ira (Hernández, G. 2001)**

En un ambiente tranquilo y relajado se le solicita al paciente:

- *Evocar situaciones que le produzcan ira o enojo.*
- *Una vez hecho esto, se le pide se imagine a sí mismo deteniendo en voz alta el pensamiento que le produce enojo con la palabra ¡ALTO!*
- *Inmediatamente después se le pide que respire profundamente y se relaje.*

Sesión No. 8

Técnica propuesta:

- Reestructuración cognitiva mediante:
 - ✓ Error de sobrevaloración del riesgo (ver eventos probables cuando realmente es improbable que ocurran)
 - ✓ Atribuciones erróneas (atribuir a la suerte haber librado un peligro)
 - ✓ Error de valencia o catastrofismo (ver un evento peligroso, insoportable o catastrófico cuando realmente no lo es).
 - ✓ Control respiratorio aplicado a situaciones de ansiedad

No. de Sesiones:

- 1 sesión

Objetivos:

- Identificar y tomar conciencia de las evaluaciones erróneas de las sensaciones corporales.
- Aprender que estas interpretaciones son irracionales y le causan problemas de adaptación.
- Enseñar al paciente a tratar sus pensamientos como hipótesis o suposiciones más que como hechos.
- Enseñar al paciente a examinar su propio pensamiento para obtener evidencia racional sobre sus suposiciones.
- Enseñar al paciente a analizar las consecuencias reales de los eventos catastróficos que imagina.
- Aplicar las técnicas aprendidas sobre el control de la respiración en situaciones fuera de su zona de confort.

Sesión No. 9

Técnica propuesta:

- Exposición interoceptiva mediante:

- ✓ Ejercicios cardiovasculares
- ✓ Inhalación de dióxido de carbono (respiraciones rápidas en una bolsa de papel)
- ✓ Dar vueltas en una silla giratoria
- ✓ Practicar la exposición interoceptiva (hiperventilación de manera gradual para provocar mareo, sofoco, ansiedad y angustia). (Tabla 10)

En el caso de niños y adolescentes

- Técnica de imaginación guiada evocando estímulos o situaciones que le provoquen ansiedad, miedo o temor.

No. de sesiones:

- 1 sesión

Objetivos:

- Disminuir el miedo a las señales corporales a través de la exposición sistemática y repetida a estas señales mediante ejercicios en presencia del terapeuta primero y posteriormente fuera de la zona de confort.

Tabla 10

Ejercicios de exposición interoceptiva para provocar mareo, sofoco, ansiedad y angustia (Díaz-Benjumea, Craske, Barlow, 2001)

El terapeuta sirve de modelo realizando primero cada ejercicio ante el paciente. Posteriormente lo hace éste y se van midiendo el nivel de ansiedad, la intensidad de la sensación, la similitud con las sensaciones de pánico que ocurren habitualmente, evaluando el ejercicio en una escala de 0 a 8 puntos.

Los ejercicios propuestos son:

- *Sacudir la cabeza de lado a lado durante 20 segundos.*
- *Poner la cabeza entre las piernas durante 30 segundos y levantarla rápidamente a la posición erguida*
- *Correr o caminar durante 1 minuto*
- *Dar vueltas en una silla giratoria durante 1 minuto*

Cont. Tabla 10

- *Hiperventilarse durante 1 minuto*
- *Provocar un susto por un ruido fuerte y abrupto en medio de la relajación.*

Sesiones Nos. 10 y 11**Técnica propuesta:**

- Exposición interoceptiva naturalista por medio de la imaginación guiada. (exponerse a tareas cotidianas que se evitan debido a la ansiedad que producen).
- Identificación de cogniciones disfuncionales (¿Por qué se le teme a la actividad?).

No. de sesiones:

- 2 sesiones

Objetivos:

- Ensayar con el paciente situaciones que se han evitado por miedo a las sensaciones con las que se asocian, mediante una lista de actividades temidas que el paciente aporta estableciendo una jerarquía según el índice de ansiedad.
- Eliminar gradualmente las señales de seguridad o conductas protectoras que usan los pacientes para sentirse más seguros (amuletos, teléfonos móviles, en el caso de los niños dormir con la luz encendida, dormir con los padres, estar siempre con un adulto, etc.)
- Confrontar al paciente con los pensamientos e imágenes temidos de forma gradual.
- Sustituir la reexperimentación por el recuerdo (Exposición de recuerdos traumáticos). (Tabla 11).

Tabla 11***Ejercicio para la exposición de recuerdos traumáticos (Echeburúa, 2005 pág. 172)***

Para realizar la exposición de los recuerdos traumáticos, el sujeto recibe las siguientes instrucciones

Cont. Tabla 11

del terapeuta:

“Vas a cerrar los ojos para concentrarte mejor y, a continuación, vas a evocar los pensamientos traumáticos en voz alta. Intenta recordar esos sucesos dolorosos tan vívidamente como sea posible, con todas las imágenes, los sonidos, la temperatura y hasta los olores que estaban presentes. Cuéntamelo en primera persona y en presente, como si estuviera ocurriendo aquí ahora mismo. No te preocupes si tienes ganas de gritar o de llorar. Esto te puede llevar un buen rato (45 o 60 minutos). Me vas a contar con detalle lo que piensas y sientes. Si te encuentras muy incómodo porque te sientes irritado, avergonzado e incluso culpable y tienes la tentación de apartar esas imágenes de tu mente, no te preocupes; yo estoy contigo y te ayudaré a mantener la atención y a “digerir” la experiencia. En ningún caso vas a perder el control o a volverte loco.

Vamos a grabar en cinta tu narración para que puedas escucharla en casa como tarea.

Cuando termines con este ejercicio en casa, puedes sentirte cansado. Antes de concluir tu sesión, vas a imaginarte durante algunos minutos algunas escenas relajantes, como la visión de las olas en la playa, el recuerdo de algunos personajes entrañables en la infancia, etc., o a dedicarte a alguna actividad placentera, como escuchar una canción agradable, salir a dar un paseo o quedar con un amigo.

Sesiones No. 12 y 13**Técnica utilizada:**

- Exposición “in vivo”

No. de sesiones:

- 2 sesiones

Objetivos

- Exponer al paciente a situaciones temidas de forma autodirigida. Este punto puede abordarse de dos formas:
 - ✓ Escape controlado. Cuando la ansiedad alcanza cierto nivel el paciente puede escapar.

- ✓ Aguante: El paciente se expone a la situación sin permitirse escapar pero utilizando las técnicas de reestructuración cognitiva (¿por qué me da miedo la situación?).

En el caso de niños y adolescentes la exposición se hará mediante:

- ✓ Presentación de fotografías
- ✓ Presentación de alguna película o video
- ✓ Relajación profunda

Sesión No. 14

- Cierre de la terapia

No. de sesiones

1 sesión

Objetivos:

- Revisar con el paciente la técnica de exposición un vivo.
- Detectar nuevas situaciones de peligro y abordarlas con la reestructuración cognitiva.
- Recapitular con el paciente avances logrados con la terapia.
- Transferir la responsabilidad del tratamiento a los padres o tutores (en el caso de niños y adolescentes).

Durante el transcurso de la terapia se proponen para tareas en casa:

Automonitoreo (Identificar sensaciones personales y formas de afrontamiento)

Autoregistro (Anotar sensaciones y formas de afrontamiento)

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se expuso una breve historia de la desaparición forzada en México y algunas de sus consecuencias, entre las cuales está el Trastorno de estrés postraumático, que en la mayoría de los casos aparece tras haber vivido un suceso de carácter traumático.

Por lo anterior, se propone la terapia en línea como un modelo de probada efectividad para ayudar a tratar diferentes alteraciones emocionales derivadas de este trastorno; considero que una terapia de este tipo sería benéfica para las personas que viven en poblaciones alejadas y que no disponen de los recursos económicos para realizar un viaje y asistir a una terapia presencial.

Tomando como base los avances de la tecnología y los trabajos realizados en la UNAM sobre la terapia vía internet este trabajo pone a su consideración un modelo de intervención de 14 sesiones para quienes han sufrido la desaparición forzada de un familiar, que si bien no han sido violentados de forma directa, sí sufren las consecuencias físicas y psicológicas de un hecho que, de acuerdo a la Convención Interamericana Sobre Desaparición Forzada de Personas llevada a cabo en junio de 1994, se considera como un crimen de lesa humanidad. (Convención Interamericana Sobre Desaparición Forzada de Personas, Junio 1994).

En dicha propuesta se obtiene una compilación de diferentes técnicas adaptadas para la población mexicana de autores como Díaz-Benjumea, Craske, Barlow, (2001), Echeburúa (2005), Falsetti & Resnick, (1998 [citados en Lyddon & Jones, 2002] y Hernández G. (2001), basadas en el enfoque de la Terapia de exposición de canales múltiples (TECM) la cual proporciona exposición al canal fisiológico, cognitivo y conductual combinada con psicoeducación.

Con este trabajo esperamos haber logrado una propuesta acorde con las necesidades de las víctimas secundarias de la desaparición forzada, para que

éstas logren una salud emocional estable que les permita continuar en la búsqueda del familiar ausente y subsanar la falta de atención psicológica que sufren debido al desinterés y apatía de las autoridades correspondientes en este país.

No me resta más que agradecerles la lectura de este trabajo y externar mi más profundo respeto para quienes día con día se enfrentan con la ambigüedad de tener y no tener a su ser querido.

Referencias bibliográficas:

Agustín, J. (1998). *Tragicomedia Mexicana 2. La vida en México de 1970 a 1982.*

México: Planeta.

Alameda Radio, La. (2014). Voz de los Desaparecidos. Extraída el 3 de octubre de

2014 de <http://laalamedaradio.weebly.com/videos-de-la-alameda.html>

Alerta Amber (2014). Extraído el 3 de octubre de www.alertaamber.gob.mx

American Psychological Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y*

Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona: Editorial Masson.

Amnistía Internacional (2012) *Culpables conocidos, víctimas ignoradas. Tortura y*

maltrato en México. (p. 14). Madrid, Editorial Amnistía Internacional (EDAI).

Amnistía Internacional (2013, agosto 30). *Las desapariciones forzadas, una*

terrible realidad aún en América. Extraído el 30 de septiembre de 2014 de

<http://www.amnesty.org/es/for-media/press-releases/desapariciones-forzadas-terrible-realidad-america-2013-08-30>

Asociación Mexicana de Niños Robados y Desaparecidos A.C. (AMDNRDAC)

(2014) Extraído el 3 de octubre de 2014 de www.regresoacasa.org.

Baptista, D. (2014, octubre 19). *Acumula el sexenio 8 mil no localizados.* Reforma.

Extraído el 13 de octubre de 2014 de

<http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=370448&urlredirect=>

Barroso, E. & Hagg, S. (2005). *Un bosquejo de la historia de México* (2ª. ed.).

México: Pearson Educación.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery G. (1979). *Inventario de depresión (BDI-II)*.

Versión española de Vázquez y Sanz (1997). Madrid: Pearson.

Berra, R. & Cárdenas, L. (2010). *El Empleo de la Realidad Virtual para el*

Tratamiento de TEPT en víctimas de violencia familiar. En Memorias del 3er

Congreso Virtual Internacional de Psicólog@s navegantes. Boletín

Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, A.C.

(Volumen 6, Número 2, pp. 153-159).

Boletín UNAM-DGCS-509 [en línea]. Ciudad Universitaria. [Fecha de consulta: 06

Noviembre 2014]. Disponible desde Internet: <

http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_509.html>

_____ *Brinda la UNAM tratamientos psicológicos con realidad virtual para*

enfrentar fobias. (2009, junio 05). Universia México. Extraído el 11 de

noviembre de 2014 de [http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nt-](http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nt/noticia/2009/06/05/15266/brinda-unam-tratamientos-psicologicos-realidad-virtual-enfrentar-fobias.html)

[tt/noticia/2009/06/05/15266/brinda-unam-tratamientos-psicologicos-realidad-](http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nt/noticia/2009/06/05/15266/brinda-unam-tratamientos-psicologicos-realidad-virtual-enfrentar-fobias.html)

[virtual-enfrentar-fobias.html](http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nt/noticia/2009/06/05/15266/brinda-unam-tratamientos-psicologicos-realidad-virtual-enfrentar-fobias.html)

Cárdenas, L. (2014, julio 3). *Brinda la Facultad de Psicología servicio de*

Psicoterapia en Línea. Boletín UNAM-DGCS-383, Ciudad Universitaria.

Extraído el 03 de noviembre de 2014 de

http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2014_383.html

Castillo, G. (2003, noviembre 7). *Las personas desaparecidas en la guerra sucia*

podrían sumar mil 500: Carrillo. La jornada. Extraído el 06 de octubre de

2014 de

<http://www.jornada.unam.mx/2003/11/07/014n3pol.php?origen=index.html&fly=1>

Chamarro, L. (Coord.), Gayá, L., Juan, L., Lladó, C., Romero, R. Sánchez, V.,

Valiente, B. et al. (2007). *Ética del Psicólogo*. Barcelona (pp. 113-119):

Editorial UOC.

CIE-10, *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, OMS. (2001). Madrid:

Editorial Médica Panamericana.

CNN Expansión. Extraído el 26 de noviembre de 2014 de

<http://www.cnnexpansion.com/actualidad/2008/08/13/alejandro-marti-narra-plagio-de-su-hijo>

Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología A.C. (2014) *Segundo*

Secretario Suplente: Georgina Cárdenas López. Extraído el 11 de noviembre

de 2014 de <http://comeppsi.com/georgina-cardenas-lopez>

Comité Eureka (2014). Extraído el 3 de octubre de 2014 de www.comiteeureka.org

De la Rosa G. (2007). *Resultados de la Intervención Psicoterapéutica vía internet*

para pacientes con trastornos de ansiedad. Informe Profesional de Servicio

Social para la obtención del Título de Licenciada en Psicología. Facultad de

Psicología, Laboratorio de Enseñanza Virtual, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

De la Rosa, G. (2013). *Evaluación de un Programa de Tratamiento para el Trastorno por Estrés Postraumático en víctimas de violencia criminal mediante exposición por realidad virtual*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctora en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

Delgado de Cantú, M. (2003): *Historia de México. México en el siglo veinte*. (4ª Ed. Volúmen II). México: Pearson Educación.

Delgado de Cantú, M. (2007). *Historia de México. De la era revolucionaria al sexenio del cambio*. (5ª Ed. Volumen II). México: Pearson Educación.

Díaz-Benjumea, M., Craske, M. & Barlow, D. (2001). *Tratamiento del trastorno de pánico desde la perspectiva cognitivo-conductual*. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis. Extraído el 11 de noviembre de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=570&a=Tratamiento-del-trastorno-de-panico-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual>

Echeburúa, E., Corra, P., Amor, P., Zubizarreta I. & Sarasua, B.(1997) *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas*. Análisis y Modificación de Conducta, 23, (pp. 503-526).

Echeburúa, E. (2005). *Superar un Trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos* (pp. 30, 142-187). Madrid, Ediciones Pirámide.

El Universal. Extraído el 26 de noviembre de 2014 de

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/547081.html>

Envío Digital (1993, junio). *Una asignatura pendiente: desaparecidos de guerra.*

Extraído el 06 de octubre de 2014 de <http://www.envio.org.ni/articulo/788>

Flores, L. (2014, mayo 26) *¿Desaparecidos? Hagan cola, que la unidad aún no inicia.* Sin Embargo.mx. Extraído el 18 de octubre de 2014 de

<http://www.sinembargo.mx/26-05-2014/1001099>

Foa, E., Keane, Terence M. & Friedman, M. (2003). *Tratamiento del Estrés Postraumático* (1ª. Ed. p. 15), Barcelona: Editorial Ariel S.A.

Fournier, P. & Martínez, H. (2006). *México 1968: Entre las fanfarrias olímpicas, la represión gubernamental y el genocidio.* En Funari, A. y Zarankin, P. (Comps.). *Arqueología de la represión y la resistencia en América Latina* (pp. 67-102).Argentina: Editorial Brujas.

Fuerzas Unidas por Nuestros Desaparecidos y Desaparecidas en México

(FUNDEM, 2014) Extraído el 3 de octubre de 2014 de

www.facebook.com/FUNDEM.Mx/info

Flores, L. (2014, mayo 26) *¿Desaparecidos? Hagan cola, que la unidad aún no inicia.* Sin Embargo.mx. Extraído el 18 de octubre de 2014 de

- Gaceta Psicología. Publicación Informativa para Personal Académico. (2008, Febrero 8). *Modernizan el Laboratorio de Enseñanza Virtual en Psicología*. (Año 8 Vol. 8 Núm. 154). Ciudad Universitaria.
- Guillén, B. (2008). *Tratamiento para las reacciones al Estrés mediante realidad virtual*. Tesis Doctoral para la obtención del Título de Doctora en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España.
- Gómez de U. (2008), *Narrativas marginales y guerra sucia en México (1968-1994)*. Tesis de Doctorado en Hispanic Languages and Literatures, University of Pittsburg.
- Harnecker, M. (2005). *Haciendo posible lo imposible. La izquierda en el umbral del Siglo XXI* (2ª Ed.). México: Siglo XXI editores en coedición con el CIICyH UNAM.
- Hernández, G. L. (2001). *Psicopatología y Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático*. En V. Caballo (Dir.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. (pp. 121-136). Madrid: Psicología Pirámide.
- H.I.J.O.S. México (2014). Extraído el 3 de octubre de 2014 de www.hijosmexico.org
- Human Rights Wach (2014). *Informe Mundial 2014* (p. 2): México. Extraído el 13 de octubre de 2014 de <http://www.hrw.org/es/world-report/2014/country-chapters/121995>

Índigo Staff. (2014, agosto 22). #Desaparecidos. "Aparece" nueva cifra. Reporte

Índigo. Extraído el 03 de noviembre de

<http://www.reporteindigo.com/reportes/mexico/aparece-nueva-cifra>

Justicia para Nuestras Hijas, (2014) Extraído el 3 de octubre de 2014 de

<https://justiciapnhijas.wix.com>.

Lindo, R. (2006). *La Desaparición Forzada*. En Magallón, A. y Mora, M.

(Coordinadores), *Historia de las ideas: repensar la América Latina*. México:

CCyDEL UNAM.

Lyddon, W. & Jones, J. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico:*

aplicaciones actuales y futuras. México: El Manual Moderno.

Mastrogiovanni, F. (2014). *Ni vivos ni muertos. La desaparición forzada en México*

como estrategia de terror. México: Grijalbo.

Mendoza, G. Jorge (2007). *Discursos y silencios en torno a la guerra sucia en*

México: Entre memoria colectiva y olvido social. En Aguiluz, I. y Waldman, M.

Coordinadoras. *Memorias (In)Cógnitas. Contiendas en la Historia* (pp. 311-

345). México, CIICyH UNAM.

Molina T. *La Desaparición Forzada de Personas en América Latina*. KO'AGA

ROÑE'ETA se.vii (1998) Extraída el 30 de septiembre de 2014 de-

<http://www.derechos.org/koaga/vii/molina.html>

Morales, A. (2014, junio 16). *SEGOB precisa cifra de desaparecidos; ascienden a 16 mil*. El Universal. Extraído el 13 de octubre de 2014 de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/segob-precisa-cifra-de-desaparecidos-ascienden-a-16-mil-1017375.html>

Navarijo, J. (2012, noviembre 26). *Seis años después: miles de muertos y un Estado más vulnerable*. Aristegui Noticias. Extraído el 15 de octubre de 2014 de <http://aristeginoticias.com/2611/mexico/seis-anos-despues-miles-de-muertos-y-un-estado-mas-vulnerable/>

Nuestras hijas de regreso a casa (NHDRC) (2014) Extraído el 3 de octubre de 2014 de <https://nuestrashijasderegresoacasa.blogspot.com>)

Pérez, S. (2006) *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas*. (p. 50). España: Editorial Desclée de Brouwer.

Procuraduría General de la República (2014). Extraído de www.pgr.gob.mx

Resick, Ph & Monson, C. (2008). *Terapia de Procesamiento Cognitivo. Versión V/M: Manual del Terapeuta*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.

Reveles, J. (2012) *Levantones, narcofosas y falsos positivos*. (p. 20). México, Grijalbo.

Saldívar, A. (2014). *La hidra y la alfombra roja. Imágenes de la guerra contra el narcotráfico*. Alemania, Editorial Redactum.

Santiuste, C. *Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN)* (2006). En Alcántara, S. y Freidenberg, F. (Eds.). *Partidos Políticos de América Latina, Centroamérica, México y República Dominicana* (pp. 479-505). España, Ediciones Universidad de Salamanca.

Secretaría de Seguridad Pública (SSP) (2014) Extraída el 2 de octubre de www.ssp.gob.mx

Sosa, C. y Capafóns, J. (2005). *Estrés Postraumático*. (p. 11) Madrid: Editorial Síntesis.

Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970) versión española de TEA, (1982). *Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)*. México, El Manual Moderno.

Torres, M. (2014, octubre 20). 5 Entidades concentran la mitad de las desapariciones del país. Extraído el 3 de octubre de 2014 de Vargas, H. (2012, agosto 21). *UNAM atiende a víctimas de violencia*. *CNN Expansión*. Extraído el 11 de noviembre de 2014 de <http://mexico.cnn.com/nacional/2014/10/20/5-estados-concentran-la-mitad-de-las-desapariciones-del-pais>

- Turati, M. & Cedillo J. (2013, junio 5). *En México hay 24 mil 800 personas desaparecidas: CNDH*. Proceso. Extraído el 02 de noviembre de 2014 de <https://www.proceso.com.mx/%3Fp%3D344012+%&cd=22&hl=es&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-a>
- Valdéz, C. (2012). *Levantones: Historias Reales de Desaparecidos y Víctimas del Narco*. México, Aguilar.
- Vargas, H. (2012, agosto 21). *UNAM atiende a víctimas de violencia*. CNN *Expansión*. Extraído el 11 de noviembre de 2014 de <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2012/08/20/unam-atiende-a-victimas-de-violencia>
- Vélez, F. (2004). *La Desaparición Forzada de Personas y su tipificación en el Código Penal Peruano*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

ANEXOS**ANEXO 1**

Formato para recabar los datos personales del paciente:

Lugar y fecha: _____

Nombre completo: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Domicilio: _____

Número telefónico: _____ **correo electrónico:** _____

Estado civil: _____ **Escolaridad:** _____

Ocupación actual: _____

Terapeuta: _____

ANEXO 2

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).)

Nombre: _____

Edad: _____ **Fecha:** _____

Colóquense en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

0: Nada

1: una vez por semana o menos/poco

2: De 2 a 4 veces por semana/Bastante

3: 5 o más veces por semana/Mucho

SUCESO TRAUMATICO

¿Cuanto tiempo hace que ocurrió? (Meses/años) _____

¿Desde cuando experimenta el malestar? _____

REEXPERIMENTACION

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?	_____
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?	_____
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	_____
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	_____
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	_____

PUNTUACION DE SINTOMAS DE REEXPERIMENTACION _____

(Rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	_____
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	_____
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	_____
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	_____
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	_____
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?	_____
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?	_____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: _____

(Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?	_____
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?	_____
3. ¿Tiene dificultades de concentración?	_____
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	_____
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	_____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: _____

(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: _____

(Rango 0-51)

Escala complementaria**Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso**

Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo	_____
Dolores de cabeza.	_____
Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)	_____
Dolor o malestar en el pecho	_____
Sudoración	_____
Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo	_____
Náuseas o malestar abdominal	_____
Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad	_____
Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias)	_____
Sofocos y escalofríos	_____
Temblores o estremecimientos	_____
Miedo a morir	_____
Miedo a volverse loco o a perder el control	_____

PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD:**(Rango 0-39)**

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

SÍ Agudo (1-3 meses) Crónico (> 3 meses) Con inicio demorado NO

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	
Evitación (Rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	

ANEXO 3

Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, versión española de TEA, 1982)**ANSIEDAD-ESTADO**

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente:

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente:

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40 Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

¿Muestra desapego a personas cercanas?

¿Piensa que no llegará a ser adulto?

(CRITERIO D) El (la) niño(a):

¿Tarda en conciliar el sueño?

¿Despierta a menudo durante la noche?

¿Hace berrinche por cualquier cosa?

¿Pelea con sus hermanos o amigos?

¿Se comporta agresivamente?

¿Presenta brotes de ira?

¿Se distrae fácilmente?

¿Prefiere dormir con la luz encendida?

¿Está pendiente de cualquier ruido?

¿Llora constantemente, gime, solloza?

¿Se sobresalta ante ruidos fuertes o estímulos repentinos?

¿Tiene miedos que parecen no relacionarse con el suceso traumático?

¿Se aferra a otra persona u objeto?

Una o más respuestas positivas a las preguntas anteriores, ¿Se asocia con:

¿No querer ir a la escuela?

¿Bajo rendimiento académico?

¿Quejas de los profesores de que se distrae?

¿Quejas de los profesores de que desobedece?

¿Quejas de los profesores de que molesta a sus compañeros?

¿Pérdida de amistades?

¿Aislamiento o rechazo de los compañeros de juego?

Preguntas adicionales:

¿Ha pasado esto antes? Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo ocurrió?

¿Alguna vez ha recibido tratamiento psiquiátrico el niño?

¿Los padres?

¿Cómo describe el paciente el suceso traumático?

¿Cómo describen los padres el suceso traumático?

¿Qué siente? ¿Qué piensa? ¿Qué hace?

¿Cómo explica el paciente lo que ocurrió?

¿Qué estímulos o situaciones le recuerdan lo ocurrido?

¿Qué hace para sentir alivio?

ANEXO 5***Inventario de depresión (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, versión española de Vázquez y Sanz, 1997)***

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección.** No deje ninguna frase sin contestar.

TRISTEZA

0. No me siento triste habitualmente
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Me siento triste continuamente.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

PESIMISMO

0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
2. No espero que las cosas me salgan bien.
3. Siento que mi futuro es desalentador y que las cosas sólo empeorarán.

SENTIMIENTOS DE FRACASO

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más de lo que debería.
2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

PÉRDIDA DE PLACER

0. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

SENTIMIENTOS DE CULPA

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería de haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente.

SENTIMIENTOS DE CASTIGO

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
1. He perdido confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.

3. No me gusto.

AUTO – CRÍTICAS

0. No me critico o me culpo más que antes
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2. Me critico por todos mis defectos.
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

LLANTO

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

AGITACIÓN

0. No estoy más inquieto o tengo que de costumbre.
1. Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

PÉRDIDA DE INTERÉS.

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
3. Me resulta difícil interesarme en algo.

INDECISIÓN

0. Tomo decisiones como siempre.
1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2. Tengo mucha dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

INUTILIDAD

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inútil.

PÉRDIDA DE ENERGÍA

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.

- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día. ´
- 3b Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

IRRITABILIDAD

- 0. No estoy más irritable de lo habitual.
- 1. Estoy más irritable de lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3. Estoy irritable continuamente.

CAMBIOS EN EL APETITO

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

CANSANCIO O FATIGA

- 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

PÉRDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.