

Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes
en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular:

Módulo III

Manejo de Experiencias Traumáticas



Como empresa federal, la GIZ asiste al Gobierno de la República Federal de Alemania en su labor para alcanzar sus objetivos en el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo sostenible.

Publicado por:

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Domicilios de la Sociedad Bonn y Eschborn, Alemania
Apdo. Postal 755
Bulevar Orden de Malta,
Casa de la Cooperación Alemana,
Urbanización Santa Elena, Antiguo Cuscatlán,
La Libertad, El Salvador
Tel. +503 2121 5100
giz-el-salvador@giz.de
www.giz.de/elsalvador

Responsable de la publicación:

Felicitas Eser
Directora

Programa Regional Integración y Reintegración de Niños y Jóvenes en Riesgo de Migración Irregular en Centroamérica
(ALTERNATIVAS)

Autoras: Ingrid Ariela Arteaga Merino, Minerva García, Virginia María Ortiz Paredes y Yencyy Aguirre.

Revisión de contenido: Consuelo Ivett Castañeda, Jaqueline Karina Mazariegos Fernández, Juan Ramón Córdova, Khaled Yamil Ismael Reyes, Lisa Oelschlegel, Olga Paz y Rocío Santana.

Corrección de estilo: Josseline Zamora, Sofía Amaya Garay.

Consultores de GOPA Mbh, Alemania.

San Salvador, Segunda edición: Julio de 2021.

El contenido del texto no refleja necesariamente el punto de vista de la GIZ.

Siglas y Acrónimos

APA	American Psychological Association	NET	Narrative Exposure Therapy
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	NMDA	N-methyl-D-aspartate
CRF	Corticotrophine Releasing Factor	NNA	Niños, niñas y adolescentes
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	OIM	Organización Internacional para las Migraciones
EFT	Emotional Freedom Technique	OMS	Organización Mundial de la Salud
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	PAP	Primeros Auxilios Psicológicos
EPT	Eventos potencialmente traumáticos	PLP	Potenciación a largo plazo
FLC	Factor Liberador de la Corticotrofina	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
GABA	Gamma-AminoButyric Acid (ácido gamma aminobutírico)	REM	Rapid Eye Movement (movimiento rápido del ojo)
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina	SNA	Sistema Nervioso Autónomo
LC	Locus coeruleus o locus cerúleo	SNC	Sistema Nervioso Central
NA	Noradrenalina	TEA	Trastorno por Estrés Agudo
NE	Norepinefrina	TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
		TOC	Trastorno obsesivo-compulsivo
		5-HT	Serotonina

Tabla de Contenido

Siglas y Acrónimos	3
Introducción a los Módulos de Formación	7
El Programa ALTERNATIVAS	7
Puntos de Partida de los Módulos de Formación	8
“Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias”	8
Estrategia para el Desarrollo de Capacidades	10
Fundamento Teórico de los Módulos de Formación	11
Acompañamiento Psicosocial	11
La Pirámide de Atención Psicosocial (APS) en Emergencias	12
Puesta en Marcha de los Módulos de Formación	14
Módulo de Formación	14
Etapas del Desarrollo con Actores Locales	16
Metodología basada en evidencia	17
Contextualización	18
Objetivos del módulo	19
Objetivo General:	19
Objetivos Específicos	19
Capítulo 1: Reconociendo el trauma psicológico	22
Duelo	22
Tipología de Duelos	23
Duelo Complicado/alterado	23
Pérdida ambigua	23
a. ¿Pérdida ambigua es lo mismo que un evento traumático?	24
b. Reacciones psicológicas ante una pérdida ambigua:	24
Trauma psicológico	27
a. Experiencia traumática	27
b. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	27
c. Trastorno por Estrés Agudo (TEA)	28
Tipos de trauma	29
a. El trauma simple (tipo I)	29
b. El trauma complejo (tipo II)	29
c. El trauma secuencial (tipo III)	29
d. El trauma acumulativo (tipo IV)	30
Factores de riesgo y factores de protección	31
a. La percepción de la experiencia como un evento gravemente negativo.	33
b. La sensación de falta de control o indefensión frente a lo que está ocurriendo.	34
c. El carácter repentino e inesperado de la experiencia (Carlson, 1997; Carlson y Dalenberg, 2000).	31
Tipos de eventos potencialmente traumáticos (EPT)	32
a. Abusos como receptor o receptora o como testigo	33
b. Pérdidas	34
c. Estrés crónicos	35
¿Qué sucede cuando experimentamos una experiencia traumática?	35
a. Reacciones cognitivas	35
b. Reacciones físicas	36
c. Reacciones emocionales	36

d. Reacciones interpersonales -----	37
e. Reacciones específicas en preescolares -----	37
f. Reacciones específicas en adolescentes -----	39
Neurobiología de la experiencia traumática -----	39
Capítulo 2: Comprendiendo el estrés después de un evento traumático -----	44
Trastorno por Estrés Agudo (TEA) -----	44
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) -----	45
Respuesta del cerebro al TEPT -----	47
a. Organización del cerebro -----	47
b. Neurobiología del miedo traumático -----	48
c. Factores neuronanatómicos implicados en el TEPT -----	48
d. Factores neuroquímicos -----	50
Disparadores de una reacción de TEPT -----	51
Factores que influyen en el desarrollo del TEPT -----	52
a. Factores previos al acontecimiento -----	52
b. Factores que rodean el acontecimiento -----	53
c. Factores que suceden al acontecimiento -----	53
Efectos del TEPT -----	53
a. Problemas de adaptación y evitación -----	54
b. Trastornos crónicos -----	54
Capítulo 3: Abordando las reacciones ante experiencias traumáticas -----	56
Sugerencias para acompañar después del Evento Potencialmente Traumático -----	57
a. Con niñas y niños -----	57
b. Con adolescentes -----	61
Abordaje de reacciones fisiológicas: -----	63
Herramienta 1. El Globo -----	64
Herramienta 2. Respiración consciente -----	65
Herramienta 3. Respiración diafragmática -----	65
Herramienta 4. Respiración alterna -----	66
Herramienta 5. Escaneo corporal -----	67
Sensaciones que se pueden sentir durante el escaneo: -----	67
Herramienta 6. “El Jinete” -----	68
Herramienta 7. “La posición de la reina/del rey.” -----	69
Abordaje de emociones desagradables -----	70
Herramienta 8. DROP- Mindfulness -----	70
Herramienta 9. Viviendo el aquí y el ahora -----	70
Herramienta 10. El Abrazo de la mariposa -----	71
Herramienta 11. Psicoeducación -----	72
Herramienta 12. Funciones de auto-apoyo -----	75
Herramienta 13. El Lugar seguro/anclaje -----	75
Herramienta 14. Plan de seguridad -----	76
Herramienta 15. “Las estatuas” -----	77
Herramienta 16. “locutor” -----	78
Herramienta 17. “Lugar seguro” -----	78
Herramienta 18. El árbol familiar -----	79
Herramienta 19. Abordaje con personas que experimentan pérdida ambigua -----	81
Herramienta 20. Nuestras molestias -----	83
Afrontamiento Colectivo -----	83

Abordajes específicos de las y los profesionales de la psicología y psiquiatría -----	84
a. Terapia Cognitivo-Conductual -----	84
b. Terapia de exposición narrativa -----	85
c. Terapia EMDR (desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular)-----	85
d. Terapias Psicodinámicas -----	86
e. Debriefing o CISD (Critical Incident Stress Debriefing) -----	86
f. Abordaje farmacológico -----	87
Derivación -----	87
Anexos -----	91
Anexo 1. Guía básica de intervención psicosocial -----	92
Anexo 2. Normalización de Síntomas -----	93
Bibliografía -----	94

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Lógica de intervención del Programa ALTERNATIVAS. -----	10
Ilustración 2. La pirámide del IASC. -----	13
Ilustración 3. Módulos de Formación -----	13
Ilustración 4. Módulos de formación y su relación con los niveles en la pirámide de APS -----	16
Ilustración 5. Impactos y tipos de trauma. -----	30
Ilustración 6. Sistema nervioso simpático y parasimpático -----	41
Ilustración 7. Ubicación del locus coeruleus -----	42
Ilustración 8. Sistema Nervioso Central (SNC) -----	47
Ilustración 9. Vías aferentes y eferentes -----	47
Ilustración 10. Algoritmo de intervención. -----	89

Índice de tablas

Tabla 1. Objetivos de los Módulos de Formación -----	14
Tabla 2. Reacciones psicológicas ante una pérdida ambigua -----	25
Tabla 3. Impacto psicosocial ante una pérdida ambigua. -----	26
Tabla 4. Criterios diagnósticos DSM V para el TEA -----	44
Tabla 5. Criterios diagnósticos DSM V para el TEPT -----	45
Tabla 6. Diferencias entre el TEA y el TEPT -----	46
Tabla 7. Consideraciones ante una intervención o abordaje -----	57
Tabla 8. Sugerencias de acompañamiento de niños/as -----	58
Tabla 9. Sugerencias de acompañamiento de adolescentes -----	61
Tabla 10. Tipos de abordaje de experiencias traumáticas -----	62

Introducción a los Módulos de Formación

El Programa ALTERNATIVAS

En el Triángulo Norte de Centroamérica -Honduras, El Salvador y Guatemala- siempre han existido flujos migratorios con sus propias dinámicas, las cuales están en constante cambio producto de una diversidad de factores. Estos tres países son a su vez de origen, tránsito y destino de poblaciones migrantes, así como países donde retornan una gran cantidad de personas, lo cual genera una complejidad única relacionada a la movilidad humana. Este contexto pone en evidencia las realidades que atraviesan las familias, y que expone a condiciones de vulnerabilidades principalmente a niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Algunos factores de riesgo psicosocial asociados a la migración irregular en el contexto del Triángulo Norte se pueden agrupar en tres grandes grupos:

- (a) **Exclusión socioeconómica y vulneración de derechos.** Inequidad o falta en acceso a servicios sociales de apoyo para la garantía de derechos de bienestar: alimentación, vivienda, asistencia médica, vestido y otros servicios sociales básicos. Vulneración del derecho a la educación tanto por acceso como por garantía de permanencia en el sistema escolar. Vulneración en el derecho al trabajo tanto por el acceso como condiciones dignas acordes a la normatividad laboral. Falta de redes de apoyo a nivel social e institucional para personas y familias en situación de vulnerabilidad.
- (b) **Violencia intrafamiliar.** Negligencia en el cuidado físico y emocional. Desintegración familiar, familias disfuncionales. Dificultad para resolver conflictos de forma no violenta. Patrones relacionales y de comunicación violentos, relaciones distantes o de abuso a nivel emocional, violencia física, verbal, psicológica y /o sexual. Sobrecarga emocional, física, económica, de responsabilidades y falta de redes de apoyo socio familiares en familias monoparentales. Sistemas familiares con potencial de desarraigo, y/o desempleo de sus tutores. Otro factor de riesgo consiste en la necesidad, expectativa y acciones relacionadas a la reunificación familiar. Estos factores generan en algunas ocasiones que los núcleos familiares desarrollen efectos expulsivos, los cuales a su vez se convierten en condiciones que potencian el riesgo de migración irregular.
- (c) **Violencia Social.** Exposición a situaciones de violencia común y generada por pandillas en zonas con altos índices de violencia. Extorsión o amenazas por parte de pandillas hacia ellos y sus familias. Ser obligados o “reclutados” para participar en actos delictivos (con diferencias marcadas por género), residir en un territorio controlado por una pandilla y con límites territoriales con otras pandillas. Esta realidad limita la libre movilidad y pleno desarrollo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, exponiéndoles a violencia física, económica, psicológica y sexual.

El grupo meta de ALTERNATIVAS son las niñas, niños, adolescentes y jóvenes expuestos a las condiciones descritas, además de enfrentarse a riesgos psicosociales en la ruta migratoria y en el momento del retorno. Las NNAJ que están expuestos a estas realidades pueden llegar a experimentar efectos, como sufrimiento emocional (miedo, ansiedad, tristeza y depresión). Al no tener un acompañamiento psicosocial adecuado, estos efectos les pueden generar poca claridad en sus proyectos de vida, sufrir estigmatización y discriminación, así como presentar riesgo de suicidio y experimentar estrés, ansiedad u otras alteraciones emocionales que a su vez pueden intensificarse sin la respuesta adecuada.

Por tanto, desde el Programa Regional “Integración y reintegración de niños y jóvenes en riesgo de migración irregular en Centroamérica -ALTERNATIVAS-” ejecutado en determinados municipios de Guatemala, Honduras y El Salvador por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA) por encargo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania, se considera necesario ofrecer una respuesta integral de acompañamiento psicosocial que brinde a NNAJ, sus familias y comunidades, herramientas de recuperación y afrontamiento a nivel individual, familiar, comunitario y social; siendo ellos los protagonistas en su proceso de transformación.

El objetivo del programa regional ALTERNATIVAS es que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en riesgo de migración irregular de los municipios seleccionados de El Salvador, Guatemala y Honduras hagan uso de ofertas mejoradas para su integración social, escolar y laboral, y desarrollen perspectivas para permanecer en su lugar de procedencia.

A su vez, el programa posee cuatro componentes: (1) Apoyo psicosocial y ofertas de información diferenciada; (2) formación escolar y profesional; (3) cooperación para la formación y el empleo; y (4) cooperación multinivel para la reintegración de NNAJ retornados. Al ser complementarios entre sí, los componentes combinan medidas a nivel local y nacional, apuntando a la reducción de causas inmediatas y disminución de factores de riesgo psicosocial asociados a la migración irregular a nivel local. El programa se dirige específicamente a NNAJ en situación de vulnerabilidad y retornados.

ALTERNATIVAS contribuye de manera esencial a la buena gobernanza a nivel local, nacional y regional, ya que fortalece redes entre diferentes actores clave, promoviendo el diálogo entre ellos y fortaleciendo las capacidades de planificación e implementación a nivel local. Además, contribuye a generar ofertas de formación para NNAJ y aporta a la reducción de la pobreza a largo plazo. El programa también contribuye a proteger los derechos de NNAJ, con énfasis en el derecho a la educación y el derecho a la integridad física y mental; y tomando especial consideración para que niñas y mujeres jóvenes tengan igual acceso a la educación y a la formación profesional.

Puntos de Partida de los Módulos de Formación

“Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias”

Desde ALTERNATIVAS se ha construido una propuesta de enfoque de acompañamiento psicosocial a nivel local, el cual parte del “Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias” realizado con diferentes profesionales que llevan a cabo acciones de atención o apoyo psicosocial en los siete municipios donde el programa tiene presencia.

Este diagnóstico se realizó al inicio del año 2019 a través de 148 entrevistas semiestructuradas a psicólogos, trabajadores sociales, médicos y otros profesionales de 88 instituciones y organizaciones; 10 grupos focales; 7 talleres de planificación local y una serie de despachos con diferentes autoridades y técnicos locales de las instituciones en Honduras, El Salvador y Guatemala.

Dentro de las conclusiones del diagnóstico se menciona:

1. Las instituciones/organizaciones que brindan apoyo psicosocial tienen perfiles temáticos y de especialización muy distintos (p. ej., enfoque de salud y de derechos, migración, psicología, trabajo comunitario, etc.).
2. Existe una gama amplia de profesionales y actores que realizan acciones de acompañamiento psicosocial a nivel local y muchas veces estos actores no están conscientes de esto o no desarrollan las acciones de manera intencionada, sino como respuesta a demandas específicas.
3. Muy pocas instituciones consideran que realizan acciones en ámbitos relacionados al tema migratorio, así como muy pocas trabajan en este ámbito (p. ej., acciones para la disminución de factores de expulsión).
4. Es necesario fortalecer la comprensión del enfoque psicosocial poniendo en el centro de las atenciones a los mismos beneficiarios, articular procesos y promocionar los principios del enfoque psicosocial.
5. Se requiere fortalecer la estructura de atención psicosocial con énfasis en mejorar las medidas y ofertas locales de atención psicosocial en los municipios.
6. La mayoría de las organizaciones que están vinculadas a la atención de las poblaciones en riesgo de migrar irregularmente, o de migrantes retornados, no cuenta con metodologías o lineamientos establecidos en apoyo psicosocial.
7. Es necesario brindar a los diferentes actores herramientas metodológicas, que por la particularidad de sus atenciones diferenciadas, puedan ser fortalecidas y aplicadas en sus contextos, adecuadas a la edad de los beneficiarios.
8. Es importante incluir enfoques lúdicos y vivenciales que permitan mejorar y potencializar el impacto de las atenciones.
9. Los procesos formativos deben ser previstos para un grupo multidisciplinario, que logre profundizar la comprensión del modelo psicosocial y permita fortalecer la articulación de las organizaciones y los diferentes servicios que brindan en cada uno de los municipios.
10. Algunas organizaciones no cuentan con procesos de cuidado para los equipos técnicos. Por tanto, es necesario poder contar con espacios para prevenir el desgaste laboral o trauma vicario, y procesar las emociones de los servicios.

En resumen, el diagnóstico permitió encontrar tres elementos fundamentales que son la base de la estrategia de desarrollo de capacidades para la mejora de los servicios locales de acompañamiento psicosocial:

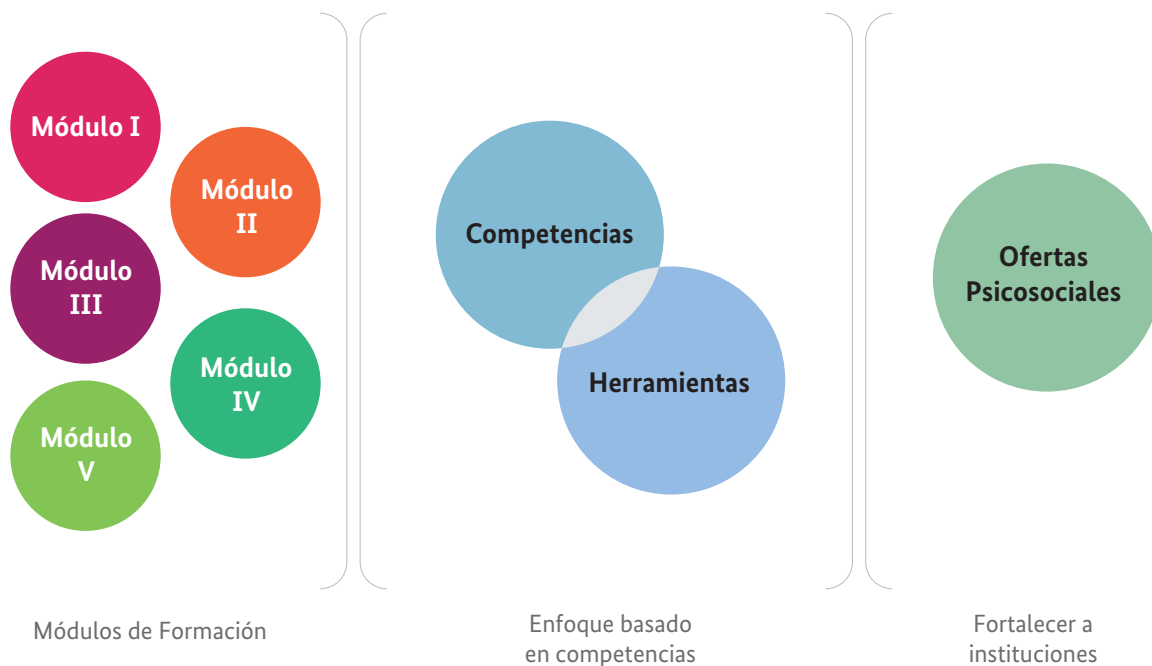
1. Hay equipos técnicos que presentan herramientas metodológicas limitadas para realizar su trabajo en las áreas psicosociales.
2. Hay organizaciones con buenas herramientas metodológicas, pero sus equipos técnicos no han sido capacitados adecuadamente.
3. Finalmente, hay instituciones y equipos técnicos que no cuentan con herramientas metodológicas a utilizar, a pesar de que están atendiendo en áreas relevantes y a personas con necesidades de apoyo psicosocial

Estrategia para el Desarrollo de Capacidades

Los elementos del diagnóstico permitieron al programa ALTERNATIVAS definir y desarrollar una estrategia de desarrollo de capacidades con la intención de fortalecer o mejorar las ofertas psicosociales a nivel local en los municipios seleccionados, en dos vías (**ver Ilustración 1**):

- a. **Fortalecer las competencias** del personal que realiza las intervenciones psicosociales.
- b. **Facilitar o mejorar instrumentos y herramientas metodológicas** que las contrapartes puedan utilizar en sus acciones diarias con grupos en situación de vulnerabilidad o retornados.

Ilustración 1. Lógica de intervención del Programa ALTERNATIVAS.



Para lograr desarrollar ambas vías se han diseñado cinco módulos de formación (ver Ilustración 3) como parte de una estrategia que busca fortalecer las ofertas de apoyo psicosocial a nivel local que permita a niñas, niños, adolescentes y jóvenes elaborar experiencias previas de desamparo y violencia, y desarrollar una mayor resiliencia individual y familiar frente a contextos vulnerables. Esta estrategia va dirigida a un espectro amplio de profesionales que realizan procesos y acciones en el ámbito de la atención psicosocial.

Cada uno de los cinco módulos de formación está concebido desde un enfoque de derechos humanos, el cual sirve como marco común para toda la estrategia. Asimismo, se parte de conocer los contextos donde viven NNAJ, los factores de riesgo y factores protectores, y cómo estos tienen un impacto en las personas, las familias y las comunidades mismas, generando situaciones de vulnerabilidad.

Fundamento Teórico de los Módulos de Formación

Acompañamiento Psicosocial

La estrategia del programa ALTERNATIVAS y el diseño de cada módulo de formación retoman el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un punto de referencia global e integral ya que incluye elementos esenciales para diseñar medidas respecto a la salud. Primero reconoce que el bienestar debe abarcar el nivel psicológico, social y físico. Las personas tienen el derecho de buscar y tener un estado de bienestar integral (a nivel individual, familiar y comunitario, desde un enfoque sistémico). Por tanto, el tejido social que existe en una comunidad es vital para el bienestar mismo de las personas y para lograr una mejor integración y reintegración de NNAJ en sus lugares de origen.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 2006, p.1)

Por ello ALTERNATIVAS también parte del término "Trauma psicosocial", acuñado por Ignacio Martín-Baró (1990) el cual hace referencia a “la noción de que las consecuencias del trauma son eminentemente sociales ya que ha quedado afectado el tejido social mismo donde las personas encuentran sus sentidos cotidianos y proyectos de vida. Por lo tanto, la meta de la intervención sería la de reparar el tejido social rasgado por la barbarie que se instaló en la vida cotidiana de la población civil”. El tejido social conlleva aspectos histórico-culturales que influyen de manera transgeneracional en el bienestar de las personas.

En especial las NNAJ que sufren y viven situaciones de vulnerabilidad, experimentan una serie de impactos diferenciados a nivel psicosocial, según el ciclo vital en el que se encuentren, perdiendo referentes éticos y sociales para guiar su vida. Por otra parte, experimentan miedo, confusión y frustración al verse sobrepasados en sus capacidades para comprender y resolver situaciones que salen de sus manos. Estas NNAJ pasan a ser sobrevivientes que buscan alcanzar la sensación de comunidad y por ello, recuperar el sentimiento de pertenencia a una familia y a una comunidad es de alguna manera necesario para completar un proceso de recuperación. Estos son procesos sociales de aprendizaje y construcción colectiva que pretenden promover y fomentar acciones desde el acompañamiento psicosocial.

Los procesos de vulneración y/o victimización que sufren NNAJ y sus familias al ser migrantes irregulares, les configuran como víctimas en cuanto vulneración de sus derechos y dignidad como seres humanos, mirada que es útil para consolidar políticas sociales, responsabilidades sociales e institucionales que promuevan y protejan sus derechos humanos y como migrantes irregulares.

Sin embargo, desde la perspectiva psicosocial, para su proceso de recuperación emocional e integración social, es fundamental que realicen un tránsito individual y social a la noción de sobrevivientes, en tanto pasen de verse a nivel subjetivo como víctimas inmovilizadas por el dolor, el sufrimiento y las vulneraciones de las que han sido objeto a significarse como “sobrevivientes”, con capacidades de resiliencia que les habitan y han sido útiles para enfrentar situaciones de vulneración y las cuales pueden ser potencializadas para ser agentes autogestores de cambio en su realidad actual, dando pasos para la construcción de un proyecto de vida acorde a sus sueños y expectativas.

De igual forma para la sociedad y el nivel institucional esta re significación como sobrevivientes de NNAJ y su familias se convierte en una mirada dignificante y empoderadora, en tanto les ubica como sujetos titulares

de derechos, ciudadanos y ciudadanas, sujetos políticos que pueden incidir y participar de forma activa en la construcción de políticas y programas sociales que den respuesta a sus necesidades y problemáticas, trascendiendo las miradas de lástimas hacia ellas y ellos como personas pasivas e incapaces de transformar sus realidades y de interactuar en escenarios sociales, comunitarios e institucionales.

La mirada y re significación como sobrevivientes les permite a NNAJ y sus familias relacionarse con las demás de una forma dignificante en los diferentes contextos (familiar, laboral, comunitario, social y político), consolidarse como sujetos políticos en tanto pueden interactuar de manera intencionada y dignificante con la sociedad y la institucionalidad, ayudando a reestablecer la confianza y el tejido social fracturado por las mismas vulneraciones que han tenido que enfrentar. Estos son procesos sociales de aprendizaje y construcción colectiva que pretenden promover y fomentar acciones desde el acompañamiento psicosocial.

Estas NNAJ vulneradas(os) y /o victimizadas(os) pasan a ser sobrevivientes que buscan reconstruir lazos familiares y sociales que les permitan consolidar una identidad y un proyecto de vida en un entorno protector para su desarrollo personal, recuperando el sentimiento de pertenencia a una familia y a una comunidad.

Desde ALTERNATIVAS se concibe el acompañamiento psicosocial como aquellas ofertas y medidas que tienen como objetivo promover y alcanzar el bienestar psicosocial en personas, familias y comunidades, incluyendo acciones a nivel preventivo y acciones que conllevan una atención más especializada. Dichas medidas deben partir e involucrar de manera activa a las personas mismas como protagonistas de sus propias realidades.

La perspectiva de intervención que pretende tomar el programa ALTERNATIVAS busca de manera intencionada que se generen procesos sociales y comunitarios, desde una práctica participativa y de educación comunitaria, como pilar para generar cambios en las personas que forman parte de dichas comunidades.

Por tanto, la visión de ALTERNATIVAS busca trascender la concepción de “víctima” a la concepción del ser humano como autor de su propia vida con sus potencialidades, fortalezas y capacidades de resiliencia y de aprendizaje. Cuando el ser humano contribuye con sus acciones, no sólo está transformando su entorno sino también se está resignificando a sí mismo como agente y como sujeto activo, alejándose de toda visión o postura pasiva. Esa resignificación del sujeto como agente de cambio es un elemento clave en la capacidad de resiliencia que manifiestan muchas mujeres en situaciones adversas (Comins-Mingol, 2015).

La apuesta detrás del enfoque de acompañamiento psicosocial de ALTERNATIVAS es la de modificar el paradigma tradicional por procesos cada vez más horizontales y abiertos, que busquen fortalecer la autonomía, dignidad y libertad de las personas para actuar sobre sus contextos y así modificarlos desde esta visión integradora.

La Pirámide de Atención Psicosocial (APS) en Emergencias

Según la IASC, el acompañamiento psicosocial busca establecer un sistema con múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes. Esto puede ilustrarse mediante una pirámide (ver Ilustración 2). Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente.

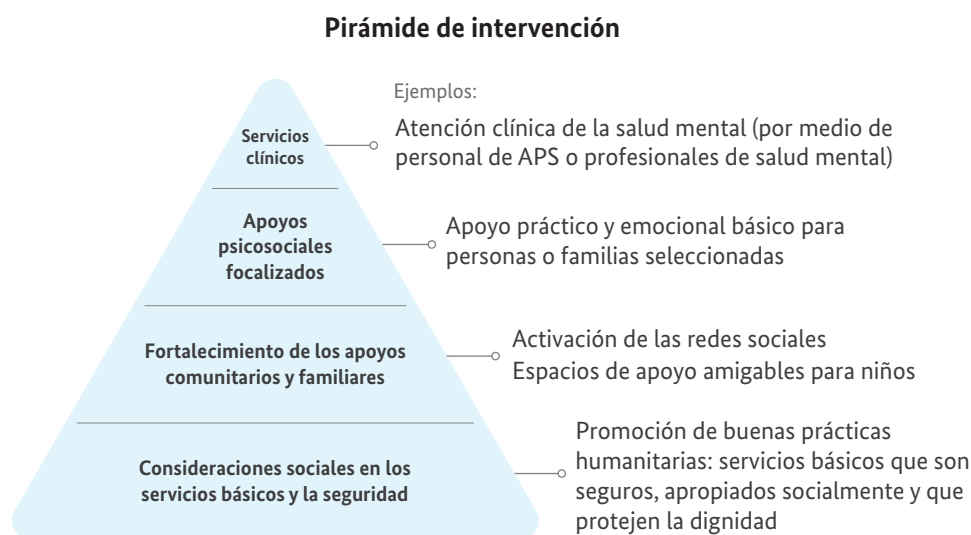
El diagnóstico inicial realizado en los municipios priorizados de ALTERNATIVAS arrojó como resultado que efectivamente existen a nivel municipal ofertas y servicios en los cuatro niveles - desde oficinas de registro y derivación, hasta algunas unidades que ofrecen apoyo psicológico para abordar situaciones de crisis y

experiencias traumáticas – y a la vez confirmó la demanda de fortalecimiento técnico-conceptual y logístico. Los módulos de formación de ALTERNATIVAS apuntan por lo tanto a desarrollar acciones concretas para trabajar con las poblaciones de NNAJ en sus comunidades de origen en los cuatro niveles.

La pirámide contempla cuatro niveles, a saber:

- I. Servicios básicos y seguridad:** estos se establecen adoptando modalidades participativas seguras y socialmente apropiadas que protejan la dignidad de los residentes locales, fortalezcan los apoyos sociales locales y movilicen las redes comunitarias.
- II. Apoyos de la comunidad y de la familia:** A este nivel, entre las respuestas útiles cabe mencionar: asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación; programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos; actividades de educación escolar y extraescolar; actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.
- III. Apoyos focalizados, no especializados:** El tercer nivel corresponde al apoyo necesario para un número aún más pequeño de personas, que además necesitan intervenciones más focalizadas a nivel individual, de familia o de grupo, por parte de agentes de salud capacitados y supervisados. Este nivel incluye elementos como primeros auxilios psicológicos y de atención básica en salud mental brindados por agentes de atención primaria de salud.
- IV. Servicios especializados:** Este nivel incluye el apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales graves, cuando sus necesidades sean superiores a las capacidades de los servicios de atención primaria de salud y salud en general existentes. Requieren remisión a servicios especializados, si estos existen, o bien iniciación de la capacitación a más largo plazo y supervisión de agentes de atención primaria de salud y de salud en general.

Ilustración 2. La pirámide del IASC.



Puesta en Marcha de los Módulos de Formación

Módulos de formación

Para ello se han desarrollado cinco módulos de formación (ver Ilustración 3), los cuales están dirigidos a diferentes profesionales que realizan acciones de atención psicosocial, la oferta de formación a través de los módulos busca fortalecer sus competencias, y dotarles de herramientas metodológicas para que realicen procesos de asesoría e implementen acciones con NNAJ en situación de vulnerabilidad.

Ilustración 3. Módulos de Formación

Módulo I: Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular.

Módulo II: Atención en crisis.

Módulo III: Manejo de experiencias traumáticas.

Módulo IV: Competencias socioemocionales y acompañamiento familiar.

Módulo V: Autocuidado y prevención del desgaste emocional.

Cada módulo tiene sus propios objetivos generales, presentados en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Objetivos Generales de los Módulos de Formación

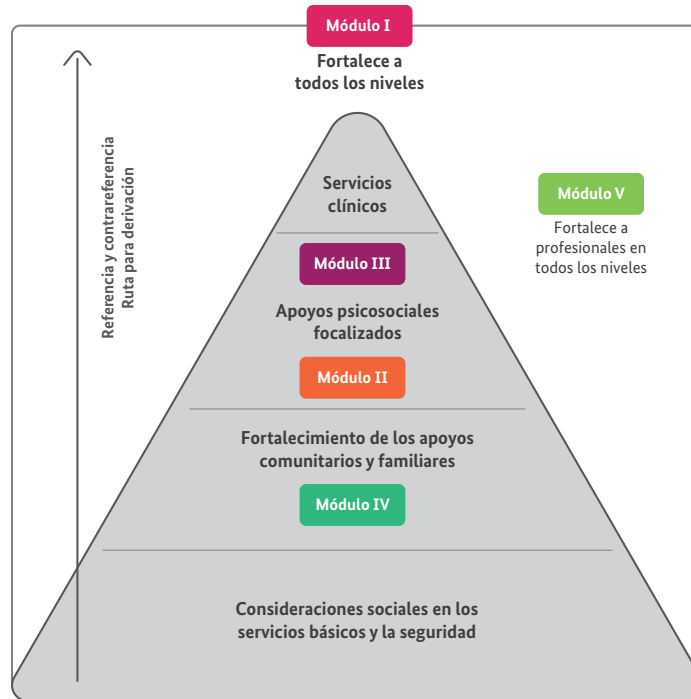
Módulos de formación	Objetivo general
Módulo I: Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular.	Las y los participantes fortalecen sus competencias en acompañamiento psicosocial para trabajar con niñas, niños, adolescentes y jóvenes en riesgo de migración irregular y (re)migración.
Módulo II: Atención en crisis.	Las y los participantes fortalecen sus capacidades en la aplicación de técnicas en atención en crisis en situaciones de movilidad humana, vulnerabilidad, violencia, emergencias y crisis emocionales.
Módulo III: Manejo de experiencias traumáticas.	Las y los participantes fortalecen sus competencias en brindar una atención integral en el manejo de experiencias traumáticas.
Módulo IV: Competencias socioemocionales y acompañamiento familiar.	Las y los participantes fortalecen sus competencias técnicas en la aplicación de herramientas metodológicas y socioeducativas para el fortalecimiento de habilidades y competencias socioemocionales en NNAJ, como factores protectores para generar resiliencia y acompañar a las familias con alta vulnerabilidad social.
Módulo V: Autocuidado y prevención del desgaste emocional.	Las y los participantes cuentan con herramientas de autocuidado para el fortalecimiento de competencias a nivel personal frente al desgaste emocional y estrés como el resultado del contexto laboral.

Fuente: Autoría propia

A su vez, los módulos de formación poseen correlación con los niveles de la pirámide de atención psicosocial (ver **Ilustración 4**):

- a. **El Módulo I “Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular” y el módulo V de “autocuidado”:** Buscan que diferentes profesionales y personal de instituciones puedan mejorar el manejo de elementos conceptuales y de referencia sobre el fenómeno migratorio y los principios de la atención psicosocial para el trabajo con grupos vulnerables y retornados. Estos profesionales son quienes prestan los servicios u ofertas psicosociales y, por tanto, deben tener un manejo adecuado y conocimientos que les ayude a promover el bienestar psicosocial con los grupos y en las comunidades de manera participativa y ética.

Ilustración 4. Módulos de formación y su relación con los niveles en la pirámide de APS



b.
c.

- d. **El Módulo IV “Competencias Socioemocionales y acompañamiento familiar”**, brinda herramientas fundamentales para fortalecer competencias socioemocionales tanto en el trabajo con grupos de NNAJ como con sus familias. Pueden ser parte de programas de apoyo a padres, madres y tutores en los que se brinda apoyo a las niñas, niños y adolescentes para el aprendizaje de habilidades esenciales que les permita aprender o reforzar una mejor convivencia y respuesta ante situaciones que representen retos y desequilibrios en sus rutinas diarias.
- e. **El módulo II “Atención en crisis”**, proporciona herramientas que favorezcan el apoyo psicosocial a personas que necesitan intervenciones más focalizadas.
- f. **El módulo III “Manejo de experiencias traumáticas”**, brinda herramientas para un abordaje sensible al trauma y promueve el acompañamiento psicosocial sin hacer daño a personas que han vivido experiencias traumáticas.
- g. **El módulo V “Autocuidado y prevención del desgaste emocional”**, brinda herramientas de autocuidado que promueven el bienestar de la persona acompañante, influyendo en que el acompañamiento sea de mayor calidad técnica y humana. Son herramientas funcionales independiente al tipo de acompañamiento que se realice.

Etapas del proceso de formación a desarrollar con actores locales

En una primera etapa se diseñó cada uno de los cinco módulos de formación con sus guías metodológicas y ejercicios prácticos.

Se definió un perfil de entrada para seleccionar a los profesionales: diversos grupos de profesionales que realizan acciones psicosociales en los municipios. Esta selección se realiza en estrecha articulación con las instituciones participantes.

Ya realizada la selección idónea de participantes se procederá a desarrollar cada uno de los módulos de formación en talleres de 2 a 3 días de duración.

Durante el inicio del primer módulo se pasará un pretest utilizando la escala de Comportamientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre competencias relacionadas a los contenidos de los módulos de formación; la cual también se pasará al final del proceso como un post-test que permita ver el avance de cada participante. Además, se pasará una prueba de conocimientos al iniciar y finalizar cada módulo de formación, para tener una mirada del avance en conocimientos de las y los participantes en cada módulo.

Los módulos del II al V poseen un momento práctico en terreno llamado intermódulos, durante el cual cada participante deberá implementar las herramientas aprendidas durante el desarrollo del módulo presencial. Durante los intermódulos se les brindará acompañamiento y coaching por parte del programa.

Al finalizar todo el proceso de formación se realizará una selección de aquellos profesionales que se han destacado para convertirse en entrenadores (Training of Trainers) y recibir un módulo adicional en Educación popular y moderación de procesos que les permita tener mejores habilidades y herramientas para transferir los módulos acorde a sus necesidades institucionales o del municipio.

Metodología

Metodología basada en evidencia

Existen intervenciones que han podido demostrar a través de evidencia que su implementación reduce los factores de riesgo asociados a la violencia o aumentan los resultados positivos. Esta evidencia puede encontrarse en sistematización de buenas prácticas o prácticas innovadoras. Por tanto, haciendo uso de esta información se puede plantear una metodología basada en evidencia que garantice la probabilidad de éxito de la intervención.

Para este manual, se presentan algunas metodologías participativas para la implementación de acciones psicosociales con niñez, adolescencia y juventud en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular, que han sido implementadas en Mesoamérica a lo largo del tiempo en el trabajo psicosocial con comunidades sobrevivientes del conflicto armado, violencia, población migrante y refugiada. Estas son consideradas como buenas prácticas de las organizaciones de la sociedad civil y de mucha relevancia por los resultados positivos que han sido documentados como producto de su implementación.

El proceso de formación de las y los participantes está planteado desde una metodología de tipo inductivo en tanto se basa en las experiencias y saberes de las y los profesionales, para desde allí co construir desde un diálogo de saberes generalidades conceptuales, herramientas y prácticas psicosociales validadas, pertinentes y contextualizadas a la realidad y a los casos que atienden en el día a día de su ejercicio profesional.

Módulo 3: “Manejo de Experiencias Traumáticas”

1. Contextualización

Manejo de Experiencias Traumáticas es el tercero de los módulos de capacitación en acompañamiento psicosocial. En la profundización del presente contenido se realiza un viaje a través de varios conceptos indispensables para la comprensión del trauma, su atención y las implicaciones.

Para la consecución de los objetivos del presente módulo (véase apartado “Objetivos del módulo”), es necesario ampliar la visión y mirar al trauma con empatía y actitud de curiosidad, que permita ir más allá de la superficie conceptual, identificar la multicausalidad, su impacto psicosocial en los diferentes contextos (individual, interpersonal/familiar, comunitario y social), las alternativas para realizar acompañamiento psicosocial y referencia a la atención especializada cuando se requiera.

Esto implica iniciar prestando atención a términos como vulnerabilidad que, en palabras de Pizarro (2001) “hace referencia al carácter de las estructuras e instituciones económico-sociales y al impacto que éstas provocan en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social” (p. 12). Así mismo, implica prestar atención a la vulnerabilidad social, la cual tiene dos componentes explicativos:

Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. (Pizarro, 2001, p.11)

Dada esta definición de vulnerabilidad social, es de considerar la migración como un proceso de transición que puede estar relacionado con eventos potencialmente traumáticos (EPT). Asimismo, tomando como referencia a autores como Guinsberg (2005), podemos considerar la migración irregular como un EPT pues:

Una experiencia potencialmente traumática caracterizada por una serie de acontecimientos traumáticos parciales y configura, a la vez, una situación de crisis. Esta crisis puede, por otra parte, haber sido el disparador de la decisión de emigrar, o bien la consecuencia de la migración. (p. 170)

Guinsberg (2005) agrega que es importante tener en cuenta que si la persona que emigra:

Por su predisposición o las condiciones de la migración, ha sido dañada severamente por la experiencia traumática o la crisis que ha vivido o está viviendo, le costará recuperarse del estado de desorganización a que ha sido llevado y padecerá distintas formas de patología psíquica o física. (p.170)

De las palabras de Guinsberg, se vislumbra el impacto y la magnitud de los EPT, en este caso de la migración irregular, en la vida de las personas, que va más allá de un mero “cambio” de residencia. Es un impacto profundo que puede significar repercusiones a nivel físico, psicológico y emocional. Además, Mendoza, Márquez, Veytia, Ramos y Orozco (2017) señalan que:

Los EPT pueden producir trastorno por estrés postraumático (TEPT) que, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se caracteriza por síntomas psicológicos de evitación de estímulos relacionados con el EPT, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como alteraciones importantes de la alerta y reactividad asociadas con el EPT. (p. 666)

Según la OMS (2002), después de experimentar un evento traumático, tanto las personas afectadas directamente como indirectamente presentan un mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos tales como ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático, que pueden manifestarse en formas de comportamientos alterados como: abuso de alcohol y otras drogas, trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño, fobias y trastorno por pánico, inactividad física, comportamiento sexual de riesgo, entre otros.

Debido a la magnitud, la multicausalidad y complejidad de la temática, es necesario encontrar un abordaje cuyo enfoque dé respuesta a la multifactorialidad del trauma, sus causas y su intervención. En este caso particular, el enfoque psicosocial ayuda no sólo a analizar holísticamente el trauma y sus confines, sino a darle un abordaje adaptado y adaptable a las características individuales de la persona y al contexto en el que se encuentran. Según Martín Baró, se puede decir que “el enfoque psicosocial es visto como la conjunción entre lo psicológico y lo social, permitiendo de esta forma una comprensión holística de las situaciones humanas” (citado por Medina, Layne, Galeano y Lozada, 2007, p. 180).

A través del presente módulo, se pretende reconocer el impacto que un EPT puede tener en la vida de las personas en situaciones de movilidad humana y, por ende, en sus familias (sobre todo padres e hijas/os) y su comunidad; asumiendo la importancia de un abordaje oportuno que dé respuesta a las necesidades de forma integral.

Tomando estos conceptos como base teórica, la elaboración de un módulo de formación sobre abordajes y metodologías de intervención frente al estrés traumático dirigido a niñez, adolescencia y juventud debe dar respuestas al sufrimiento diario que experimenta este grupo, en particular los que se encuentran en riesgo de migración y re-migración irregular, en ámbitos familiares, escolares y comunitarios. Así como fortalecer las capacidades de respuesta de las instituciones y organizaciones que brindan atención a esta población, mediante técnicas y herramientas para intervenciones psicoeducativas en trauma, con un adecuado acompañamiento psicosocial desde un enfoque de acción sin daño.

2. Objetivos del módulo 3

Objetivo General:

Las y los participantes fortalecen sus competencias en brindar una atención integral en el manejo de experiencias traumáticas.

Objetivos Específicos

- Las y los participantes conocen las diferentes reacciones físicas, cognitivas y emocionales de las personas que han experimentado eventos traumáticos.
- Las y los participantes aplican diferentes técnicas de estabilización con grupos vulnerables.
- Las y los participantes identifican y diferencian los casos a atender de los casos a referir.

The background is a solid purple color. In the top left, there is a large, irregular pink shape with a black outline. In the top right, there are several concentric, semi-transparent purple circles. In the bottom right, there is a teal puzzle piece with a black outline. In the bottom left, there is a wavy, semi-transparent purple shape.

Capítulo 1

Reconociendo el trauma psicológico

Capítulo 1: Reconociendo el trauma psicológico

“El trauma es la causa más evitada, ignorada, negada, peor comprendida y menos tratada del sufrimiento humano” – Levine (2018).

El trauma psicológico es un acontecimiento presente en la vida de casi todo ser humano, ya que desde su nacimiento ha sido expuesto a sucesos hostiles. La OMS (2000), describe en el CIE-10 que, el trauma ocurre cuando: “La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar un profundo disconfort en casi todo el mundo” (p.121).

Sin embargo, en muchas ocasiones el término trauma es usado como sinónimo a diferentes procesos de pérdida tales como duelo o pérdida ambigua. Estos, a pesar de representar eventos significativos (principalmente desagradables o dolorosos) para la vida de la persona, poseen su propia dinámica psicosocial, de la cual depende el abordaje adecuado. Por lo que es importante distinguirlos para evitar un manejo inadecuado de estos eventos o experiencias de vida.

A continuación, se presenta la descripción de éstos.

Duelo

Es una respuesta adaptativa normal que tiene una persona ante una pérdida. Es un proceso emocional y del comportamiento por el cual, quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo y a sí mismo sin el objeto perdido (una persona fallecida, separada, una casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud, empleo, etc.), dando sentido a la pérdida, encontrando formas de resolver las tareas en las que se valía del objeto perdido, disponiéndose a vivir sin ello.

En el contexto de la movilidad humana, es importante tener en cuenta que los procesos de duelo se dan en un contexto social y político en el cual en ocasiones se violan y/o vulneran derechos humanos, que agudizan el impacto psicosocial en las personas y dificultan la reconstrucción de su proyecto de vida. Por ello, puede ser necesario incluir en un proceso de acompañamiento psicosocial elementos protectores como las redes de apoyo, integración y reintegración comunitaria/social.

En este sentido, para realizar un acompañamiento psicosocial adecuado, es clave tener en cuenta que perder la seguridad, los planes, las rutinas, las vivencias, los lugares y las conexiones emocionales que hacían parte de vida presente y futura, las cuales además estaban cimentadas en una noción de permanencia en el tiempo, hacen que se esfume con ellas por un tiempo la esperanza, la alegría, los sueños, etc.

Esto puede causar reacciones emocionales y comportamentales que se parecen a trastornos como la depresión, la ansiedad o el estrés post-traumático, sin que realmente se tratara de un trastorno, sino más bien

una manifestación del duelo. Por ello, la persona acompañante debe saber diferenciar entre estas reacciones y trastornos parecidos, y en consecuencia, de ser necesario, saber referir a un profesional que brinda atención especializada.

Tipología de Duelos

A continuación, se definen los diferentes tipos de duelo y sus características:

Duelo complicado/alterado

Es la intensificación del duelo, de manera que la persona llega a sentirse desbordada y recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación (Horowitz, 1980).

Desde la psicología pueden contemplarse diversos tipos de duelo complicado que por el contexto social que mencionamos anteriormente tienen factores psicosociales a tener en cuenta para su elaboración:

- a. **Duelo anticipado:** Comienza mucho tiempo antes a la muerte o pérdida, por ejemplo cuando se da un pronóstico de incurabilidad en un familiar, el anuncio de una pérdida de trabajo o cuando la persona migró de su país con la esperanza de mejorar sus condiciones de vida y no lo logra, esa pérdida de su plan de mejoramiento de su vida que le obliga a regresar, puede sumergirle en mucha tristeza al sentirse frustrada y regresar a su lugar de origen como "fracasada".
- b. **Duelo inhibido o negado:** Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la pérdida como algo real.
- c. **Duelo crónico:** Es el que tiene una duración excesiva, puede llegar a ocupar toda una vida.
- d. **Duelo traumático:** Cuando la muerte es inesperada o traumática, como por ejemplo cuando fallece alguien en la ruta migratoria, la elaboración y aceptación se puede ver interferida por recuerdos traumáticos que producen un sufrimiento y/o recuerdos anormalmente intensos como pesadillas, flashbacks y recuerdos intrusivos recurrentes. Esto puede agravar o prolongar la sensación de incredulidad, falta de aceptación de la muerte, rabia y enfado. Puede verse acompañada de ansiedad, insomnio y depresión.
- e. **Duelos desencadenantes de patología psiquiátrica:** En algunas ocasiones puede ser un desencadenante de trastornos psiquiátricos en población susceptible, tales como depresión, ansiedad, el abuso de sustancias adictivas, el síndrome de estrés postraumático y los brotes psicóticos.

Pérdida ambigua

El modelo de pérdida ambigua, que fue creado por Pauline Boss (2001), se refiere a la ambigüedad emocional que se experimenta ante duelos o pérdidas donde la ambigüedad es el elemento predominante, ya que es una pérdida confusa, incompleta o parcial. Es la pérdida sin ninguna verificación oficial, sin resolución, cierre, rituales o reconocimiento comunitario, con ausencia de apoyo a los cambios en su estado o roles. Se considera que es difícil debido a la ausencia de hechos y por lo tanto sin carácter definitivo, el trauma de la pérdida continúa durante años y dificulta la elaboración del duelo.

Se considera existen dos tipos de pérdida ambigua:

- **Tipo I:** Ausencia física con presencia psicológica, por ejemplo secuestro, perdidos, desaparecidos, pérdida sin rastros.
- **Tipo II:** Ausencia psicológica con presencia física como personas que padecen de depresión, demencia, adicción, preocupación por la persona perdida, enfermedad mental crónica.

a. ¿Pérdida ambigua es lo mismo que un evento traumático?

Aunque existe semejanza, es importante comprender que se tratan de experiencias diferentes, que desencadenan una reacción psicológica propia. Generalmente un hecho traumático se caracteriza por la violencia y por su duración limitada, mientras que la situación de pérdida, por ejemplo, en familiares de personas desaparecidas, no tiene una duración fija y el sufrimiento o dolor experimentado es constante.

Las personas que han vivido un hecho traumático tienen que hacer un esfuerzo, a veces en vano, para no pensar en él o revivirlo en su mente una y otra vez. En cambio, los familiares de una persona desaparecida hacen todo lo posible por no olvidar (Boss, p, 2001).

Ante una pérdida, la última etapa es la más difícil: la resolución de cualquier tipo de pérdida es encontrarle un sentido. En el caso de la pérdida ambigua, darle un significado resulta todavía más difícil, porque el propio pesar permanece sin solucionarse. Pero si no se logra encontrarle sentido a la ambigüedad, nada cambia realmente. Las personas quienes la viven, se limitan a soportarla.

En estos casos el abordaje terapéutico tiene como meta que las familias o personas que la experimentan encuentren alguna manera de cambiar, aunque la ambigüedad persista. Esto constituye todavía otra paradoja: transformar una situación que no va a cambiar (Boss, 2001).

b. Reacciones psicológicas ante una pérdida ambigua:

Considerar las manifestaciones psicológicas que viven las personas que experimentan una pérdida ambigua como estrés postraumático, se considera un error, ya que las experiencias son únicas y a su vez se subestima el estrés permanente generado por la incertidumbre y la ambigüedad de la pérdida.

En el caso de los familiares de personas desaparecidas, la ausencia de información sobre su ser querido puede sumirlos en un estado de incertidumbre angustiada que trastorna sus vidas por completo. Este estado se caracteriza por una serie de reacciones, descritas en la Tabla 2).

Tabla 2. Reacciones psicológicas ante una pérdida ambigua

<p>Incertidumbre angustiada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda activa: Que constituye una fuente constante de estrés; puede conducir al agotamiento físico y mental; provocar un trauma cuando conlleva buscar entre cadáveres y exhumar fosas comunes anónimas; puede responder a la necesidad de los familiares de aferrarse a la convicción de que el desaparecido sigue vivo. • Evitación: evitan aceptar la idea de la pérdida del ser querido; evitan convivir con los demás por temor a venirse abajo, lo que puede aislarlos social y emocionalmente. • Estado de alerta permanente: las familias se hallan en un estado de vigilancia constante. • Evocación constante de la persona desaparecida: es una presencia opresiva en su vida cotidiana; les impide concentrarse o dormir; genera problemas somáticos. • Alternancia entre la esperanza y la desesperación: es una situación muy dolorosa en la que la persona se siente atrapada; los familiares tienden a aferrarse a la esperanza por diversos motivos (religiosos/culturales y/o psicológicos); la esperanza también tiene un precio; en cualquier momento, factores que escapan a su control pueden sumirlos de nuevo en la desesperación. • Irritabilidad y nerviosismo: bajo nivel de tolerancia a otras causas de estrés; no están disponibles para los demás.
<p>Sentimiento de culpa, auto-reproche y rabia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de culpa y auto-reproche: Por considerarse personalmente responsable de no haber evitado la desaparición; no haber podido proteger a la persona desaparecida; no poder encontrar al desaparecido. • Sentimiento de culpa: Por la sensación de haber abandonado a la persona cuando la búsqueda es infructuosa, la búsqueda se suspende, o la familia se ve obligada a declarar muerto al desaparecido. • Culpa por querer llevar una vida normal: Porque es incompatible con la angustia por el sufrimiento de la persona desaparecida. No existen tradiciones o costumbres que animen a la familia a pasar página. • Culpa por querer poner fin a la incertidumbre. • Rabia dirigida hacia la persona desaparecida y hacia los culpables de su desaparición: No siempre se expresa abiertamente, a veces se manifiesta solo en los sueños. • Búsqueda de un sentido: A la experiencia de la desaparición para aliviar su sentimiento de culpa, sus auto-reproches y su rabia. Por ejemplo, tratan de explicar la desaparición de su ser querido diciéndose a sí mismos que fue a luchar por su país, y afrontan su situación participando en la lucha contra la injusticia y ayudando a los demás.
<p>Desapego emocional y pérdida de interés en otras actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La incertidumbre consume a una persona, absorbe toda su energía y le impide volcarse emocional o intelectualmente en otras cuestiones; ya que dedicarse a otras actividades (actividades placenteras o relaciones) puede percibirse como una traición a la persona desaparecida.

Nota: Adaptado de Guía práctica de Acompañar a los familiares de personas desaparecidas de CICR (2014), pág. 42-50 Impacto psicosocial de pérdidas ambiguas

Además de los problemas psicológicos, la mayoría de las personas también atraviesan dificultades en el entorno familiar y social (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Impacto psicosocial ante una pérdida ambigua.

<p>Problemas en el entorno familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación debido a el deseo de no causar dolor a la otra persona. • Desacuerdo entre los familiares sobre la suerte corrida por la persona. • Problemas que sufren las esposas: Tener que hacer caso al criterio de la familia política y seguir esperando, conflictos con la familia política en relación con la tutela de los niños, la posibilidad de contraer nuevas nupcias y el reparto de las ayudas a las que las y los hijos tienen derecho por ley. • Problemas para asumir nuevas funciones y responsabilidades: La función del cabeza de familia y/o de la persona que proporciona el sustento. • Perjuicio para los hijos: Por querer protegerlos de los hechos, lo cual choca con su necesidad de entender lo que está sucediendo a su alrededor y en el caso de las y los hijos de mayor edad, de sentir que forman parte de la experiencia de la familia. Por atribuirles responsabilidades tácitas para suplir el vacío que dejó la persona. • Sufrimiento silencioso de hermanas y hermanos: Sentimiento de culpa del superviviente, excesiva devoción por consolar a los padres. • Brecha en la historia familiar.
<p>Problemas en la relación de las familias con la comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para definir la propia situación: Esto afecta a la percepción que tienen los familiares del lugar que ocupan entre los grupos sociales existentes. • Estigma de las familias de las que se sospecha que están vinculadas a grupos rebeldes, de las mujeres que se han quedado solas a raíz de la desaparición de sus maridos, de las mujeres a las que se culpa de haber traído mala suerte a sus maridos. • Aislamiento emocional: debido a la incapacidad de compartir la angustia que sienten con otras personas (por temor a que no las entiendan, a verse confrontadas a la idea de la muerte, a que las consideren débiles o una molestia). La dificultad que tienen otras personas para comprender su sufrimiento. • Falta de orientación: comunitaria y social (la falta de unas pautas sociales comunes o de rituales acordes a sus creencias, actos simbólicos o redes de apoyo institucional contextualizadas a las problemáticas, dificultan en ocasiones la reconstrucción de la confianza y el tejido social. • Buscar un sentido a su experiencia. Buscar un lugar para su ser querido en la comunidad. Buscar un valor existencial y social a la experiencia. Aliviar su sufrimiento compartiéndolo con los demás. Rendir homenaje a su ser querido en actos simbólicos.
<p>La lucha contra el olvido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener vivo el recuerdo de la persona desaparecida. Conservar su lugar en la comunidad a la que pertenece.

Nota: Adaptado de Guía práctica de Acompañar a los familiares de personas desaparecidas de CICR (2014), pág. 53-57.

Trauma psicológico

A continuación, se expondrán el concepto de trauma, su tipificación y formas de manifestarse en las personas, desde una perspectiva psicológica que nos permite entender los efectos emocionales, físicos y relacionales de éste en la vida de las personas.

En la ruta migratoria NNAJ y sus familias tienen que vivir muchas veces experiencias potencialmente traumáticas asociadas a actos de violencia, accidentes, condiciones de discriminación y vulneración de derechos que afectan a la persona y su relacionamiento a nivel familiar y social.

En 1894, Pierre Janet define el concepto de trauma psicológico como “el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona” (citado en Gallastegui, 2019).

“Cuando la persona se siente demasiado sobrepasada por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras, el terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la conciencia ordinaria dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y readaptaciones de conducta”. (Citado en Piñas, 2018, sección ¿Qué es el Trauma Psicológico?, párrafo 2)

A continuación, se presenta una clasificación del trauma psicológico. Más adelante en el capítulo se especifican los tipos de trauma para una mayor comprensión de la profundidad e implicación conceptual del trauma psicológico (véase apartado “Tipos de trauma”, pag. 29).

a. Experiencia traumática

Los autores McCann y Pearlman (1991) establecen una serie de criterios para definir cuando una experiencia es traumática:

Se puede considerar que un evento es traumático desde un punto de vista psicológico si es una amenaza o ataque que ocurre de pronto, inesperadamente o fuera de toda norma (esto incluye abusos continuos). El evento excede la capacidad que percibe el individuo para poder manejar la amenaza o el ataque. Perturba los marcos de referencia del individuo y otros esquemas básicos que le sirven para entender y manejarse en el mundo. (Citados en García, 2015, p.10).

El significado del evento lo asigna la persona en función de su propia experiencia, de su interacción con el mundo y conceptualización de éste y de sus capacidades, habilidades y destrezas, considerando los recursos personales de afrontamiento, al apoyo familiar, social. Un mismo evento puede resultar traumático para una persona mientras, para otra implique una circunstancia difícil, pero manejable.

b. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Según la American Psychology Association (APA, s.f.) el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un problema de ansiedad que se desarrolla en algunas personas después de eventos potencialmente traumáticos, como el combate, el crimen, un accidente, diferentes tipos de violencia o un desastre natural.

Las personas con TEPT pueden revivir el evento a través de recuerdos intrusivos y pesadillas; tienden a evitar cualquier aspecto que les recuerde al evento y tener sentimientos de ansiedad que antes no tenían, que son tan intensos que sus vidas se ven interrumpidas (APA, s.f.).

Es un trastorno que puede desarrollarse después de un evento traumático que incluye los cambios en el funcionamiento emocional, conductual y fisiológico (Jarero, 2013). Por ejemplo, un joven que fue perseguido por una pandilla en moto y en el proceso asesinan u amigo. Ahora puede reactivarse su miedo cada vez que escucha una moto y/o vive en un estado de miedo permanente aun cuando migre a otro país o esté lejos del lugar de la agresión.

c. Trastorno por Estrés Agudo (TEA)

La característica esencial del trastorno por estrés agudo (TEA) es el desarrollo de síntomas característicos que duran de 3 días a un mes y aparecen posteriormente a la exposición de uno o más eventos traumáticos. La presentación clínica de este trastorno puede variar entre individuos, pero típicamente involucra una respuesta de ansiedad, que incluye alguna forma de re-experimentación del evento(s), o de reactividad hacia el evento(s) traumático.

En esta etapa pueden darse sueños recurrentes o pesadillas en relación al evento y sentimientos de miedo, rabia en NNAJ y sus familias, por ejemplo en experiencias de victimización por algún tipo de violencia, que el equipo profesional pueda abordar resignificándolos como manifestaciones normales ante una experiencia traumática, desestigmatizando y deconstruyendo posibles significaciones en relación a sentir que se están perdiendo la cordura, brindando un espacio protector, de tranquilidad y empatía.

En algunos individuos, una presentación disociativa o de desapego puede predominar, aunque estas personas típicamente también presentarán una fuerte reactividad emocional o fisiológica en respuesta a recordatorios del trauma. En otras personas, se puede presentar una fuerte respuesta de enojo, cuya reactividad es caracterizada por respuestas irritables o agresivas.

Aunque este trastorno puede progresar a Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) después de un mes, puede también ser una respuesta transitoria que remita dentro del primer mes posterior a la exposición traumática, y no resulte en TEPT. Sin embargo, aproximadamente, el 50% de las personas que desarrollan TEPT inicialmente presentan TEA.

La diferencia entre un TEA y TEPT es la prevalencia de estos síntomas en la persona y los criterios diagnósticos.

TEA: La prevalencia de los síntomas suele durar entre tres días hasta un máximo de un mes, después de este periodo los síntomas bajan. No es necesario que se manifiesten todos los síntomas de los criterios diagnósticos.

TEPT: La prevalencia de los síntomas suele ser mayor al mes. En los casos más intensos la sintomatología podría llegar a prolongarse hasta un semestre. Es necesario que se manifiesten todos los síntomas recogidos en los criterios diagnósticos.

Para una mayor profundización de la diferencia en torno a los criterios diagnósticos y la prevalencia, véase el Capítulo 2 - Comprendiendo el estrés después de un evento traumático.

Tipos de trauma

Según Nieto y López (2016), el trauma puede experimentarse en muy diversas situaciones vitales, tanto en edades infantiles como en edad adulta. Ésta puede tener diversos orígenes: separación temprana; pérdida de objetos primarios (personas significativas); situaciones de negligencia o desamparo por parte de los o las cuidadoras primarias; violencia de género; ser testigo o sufrir maltrato psicológico en la convivencia diaria; vivir largos exilios o migraciones por pobreza o por conflictos bélicos; persecución política (Leuzinger-Bohleber, 2015; Frewen y Lanius, 2015; Shapiro, 2013; Howe, 2005; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2004; Hermann & Irlle, 2004; Bateman y Fonagy, 2004; Gaviria, 2006; Allen, 1995; citados en Néstor y López, 2016).

Dependiendo de las características del trauma se puede clasificar en: trauma simple, trauma complejo, trauma secuencial y trauma acumulativo (véase Ilustración 5).

a. El trauma simple (tipo I)

Puede verse como la huella emocional, acompañada de sensaciones físicas y cognición negativa, que incrustan un evento traumático dentro del individuo en general. Un trauma simple se origina en un solo evento, que no se repite con el tiempo, habitualmente asociado a un incidente traumático aislado. Por ejemplo: un asalto, experiencias de accidentes automovilísticos, incendios domésticos, incendios forestales, terremotos y ciclones.

b. El trauma complejo (tipo II)

Suele producirse en personas que han experimentado múltiples eventos traumáticos, un trauma prolongado o un trauma especialmente grave (normalmente relacionados con la victimización interpersonal). Es un trastorno que llega a sufrir una persona debido a la acumulación de traumatización crónica y que puede generarse cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo. Es importante señalar que no todas las personas que han experimentado múltiples eventos potencialmente traumáticos desarrollan un trauma complejo; sin embargo, el trauma complejo siempre conlleva multi-traumatización.

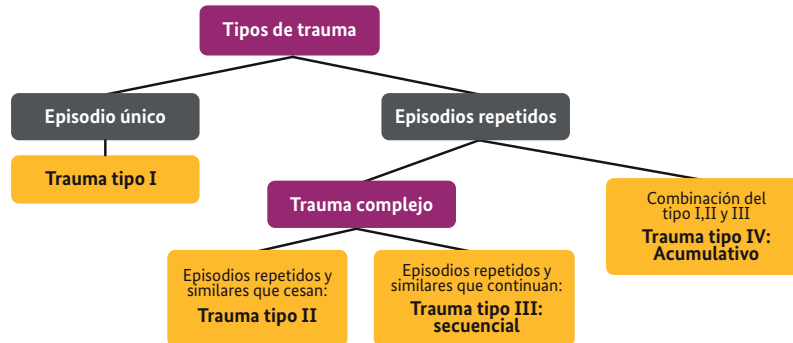
La exposición recurrente a experiencias traumáticas a temprana edad, especialmente si son producto de experiencias crónicas de violencia intrafamiliar, maltrato, desamparo o negligencia, que determinan el vínculo del sujeto con sus referentes primarios (figuras parentales, cuidadores, etc.) suele derivar en un trauma complejo (tipo II). La complejidad de la traumatización temprana está relacionada a trastornos del desarrollo socioemocional durante la niñez, afectando aspectos como los patrones de relacionamiento, la imagen de sí mismo, la reacción neurofisiológica al estrés y sintomatologías específicas como la disociación (Huber, 2014).

c. El trauma secuencial (tipo III)

Es conceptualizado por Hans Keilson (1979) a partir de la traumatización generada durante la prolongada persecución de la población judía durante la segunda guerra mundial en Holanda. Es otra forma de trauma complejo que introduce la percepción procesal en las experiencias traumáticas recurrentes que una persona puede vivir a lo largo de su vida, desarrollando un estrés continuo y extremo debido a una amenaza vital que permea todo su tejido social.

La persona vive una y otra vez la experiencia de estar expuesta e indefensa a una amenaza recurrente, confirmando cada vez con más fuerza que no parece haber forma de escapar de ella. El evento particular traumatizante se desvanece para dar paso a una concatenación estructural de experiencias traumatizantes que trascienden diferentes etapas de la vida. Esto no solo puede llevar a volver crónica la experiencia traumática sino también a su permanencia en futuras generaciones.

Ilustración 5. Impactos y tipos de trauma.d. El trauma acumulativo (tipo IV)



Fuente: elaboración propia adaptado de Robles, Badosa & Roig (2009).

d. El trauma acumulativo (tipo IV)

Es el resultado de repetidos episodios sub-traumáticos que no causarían por separado una reacción de trauma, pero que tienen un efecto en su totalidad (Herman, 1992). Este puede ser por ejemplo el caso de repetidas situaciones de trato hostil o acoso laboral sutil en el trabajo. También la acumulación de microagresiones¹, a veces sin que medie voluntad de daño, que al ser continuas generan trauma en quién las sufre.

Un ejemplo es una joven de un barrio marginal que tiene que vivir discriminación permanente tanto en su núcleo familiar como social por ser lesbiana y ha tenido que soportar a lo largo de su vida señalamientos, chistes, violencia y discriminación por su orientación sexual, lo que además por vivir en un barrio marginal ha influido en el acceso a estudiar y trabajar en lo que le gusta, recibiendo rechazos de admisión, significados por ella como barreras que se dan por ser lesbiana. Ante esta situación, la joven puede buscar migrar en busca de oportunidades y en vez de ser así, en la ruta migratoria su orientación sexual se vuelve un factor de discriminación y una barrera para recibir un trato digno, incluso una justificación para ser víctima de violencia sexual por un grupo de hombres que le dicen “que por falta de un hombre de verdad se volvió así”. Este tipo de vivencias repetidas recurrentes y de un discriminación y violencia recurrente durante diferentes etapas del ciclo vital pueden tener efectos traumáticos en la persona que las vive.

Por otra parte, la falta de acceso a oportunidades de inserción al sistema educativo y laboral puede ser un factor de vulnerabilidad estructural a la población en general de un barrio marginal, donde en ocasiones podría no haber intencionalidad de dañarla, pero al limitar estas posibilidades de acceso, dado a los prejuicios sociales y las violencias a que ha tenido que ser sometida, se vuelve un factor influyente en la consolidación de experiencias traumáticas para la joven.

¹Microagresiones: Acto concreto y específico que de manera accidental realiza una persona privilegiada en contra de persona marginada (García, 2015).

La traumatización incide en la totalidad de la persona. Todas las áreas de funcionamiento estarán en mayor o menor medida afectadas por la devastación del trauma. El organismo sufre repercusiones a corto, medio y largo plazo en su sistema neurobiológico: en el cuerpo, entendido en el sentido más amplio como continente de una mente (memoria, conciencia, emociones, pensamiento, sensaciones somáticas), en la que ese cuerpo se representa y se construye.

Factores de riesgo y factores de protección

Hay al menos tres características que aumentan la probabilidad de que una experiencia se vuelva traumática. Éstas son:

a. La percepción de la experiencia como un evento gravemente negativo.

Para que una experiencia sea traumatizante debe, en primer lugar, ser percibida como altamente negativa por el individuo. Hay determinados tipos de experiencias que tienen una alta probabilidad de ser traumatizantes para casi todo el mundo. Se trata normalmente de experiencias que pueden llegar a producir o producen de hecho daños físicos graves o que suponen un peligro para la continuidad de la vida.

Ejemplos de este tipo de experiencias son numerosos, como los accidentes o violencias de todo tipo, físicas, psicológicas, sexuales y sociales. Las experiencias que generan – o podrían generar – un intenso dolor emocional también son experiencias potencialmente traumatizantes. Por tanto, no sólo el dolor físico, sino también el dolor emocional puede llegar a producir reacciones de estrés postraumático en los seres humanos, ya que este último atenta, sin duda alguna, contra su integridad psíquica, aunque no genere daño físico.

b. La sensación de falta de control o indefensión frente a lo que está ocurriendo.

El grado de control que se tiene sobre los eventos negativos es otra característica relevante a la hora de definir un evento como potencialmente traumatizante. La percepción de falta de control incrementa el potencial traumatizante de una determinada experiencia, de tal forma que los eventos serán más estresantes cuanto más sensación de falta de control y sensación de indefensión o total impotencia generen en los individuos.

c. El carácter repentino e inesperado de la experiencia (Carlson, 1997; Carlson y Dalenberg, 2000).

El tiempo transcurrido entre el momento en que el individuo es consciente de la existencia de un evento venidero negativo e incontrolable y la ocurrencia del evento, es otra característica importante a la hora de determinar si un evento tiene potencial traumatizante. Así, por ejemplo, los eventos que suponen una amenaza inesperada e inminente pueden producir mayor perturbación que eventos que generan una amenaza más diferida en el tiempo. Este tiempo dependerá de la naturaleza del evento y de las características de los individuos.

En general, los eventos altamente negativos que se presentan de forma inmediata y repentina tienen mayor probabilidad de producir un miedo más sobrecogedor que aquellos otros eventos negativos que se producen de forma más gradual. Estos últimos permiten a los individuos anticipar el mismo y actuar para protegerse o prepararse para un resultado negativo.

Si bien todas estas características son relevantes para que un evento sea traumático, no siempre son suficientes para causar un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), primordialmente porque todas ellas se

ven moduladas por la valoración subjetiva del individuo, y este factor es más importante que el peligro real asociado con el evento.

Además, porque la percepción negativa de los eventos, su incontrolabilidad y la forma en que se presenta la amenaza en el tiempo deben alcanzar un cierto umbral para ser capaces de producir un trauma, y ese umbral varía considerablemente entre individuos.

Finalmente, aunque un evento sea valorado por el individuo lo suficientemente negativo, incontrolable e impredecible como para ser potencialmente traumatizante, ese evento puede no llegar a causar un TEPT si los efectos del mismo se ven atenuados por otros factores favorables, tanto de la situación como de los individuos.

También se debe tomar en cuenta que los eventos traumáticos en la infancia, como por ejemplo el desamparo o el abuso sexual en edad temprana, aumentan el riesgo de vulnerabilidad en la adolescencia y juventud (por ejemplo, el abuso de drogas, el fracaso escolar, victimización, problemas de comportamiento), de problemas de salud física (por ejemplo, enfermedades del corazón, asma, etc.) y de cuadros neuropsiquiátricos (por ejemplo trastornos disociativos, trastornos de conducta o trastorno de estrés postraumático), ya que se considera que por la edad y estado de desarrollo, algunos procesos pueden verse interrumpidos o dañados afectando por ejemplo el lenguaje, capacidades cognitivas y sus pautas de interacción social.

Por último, tener en consideración los factores de protección en el posible desarrollo del TEPT. En palabras de García-Vesga y Domínguez (2013) éstos son “aquellos recursos que pertenecen la persona, a su entorno, o a la interacción entre ambos, y que amortiguan el impacto de los estresores, alterando o incluso revirtiendo la predicción de resultados negativos” (p.67). Estos factores protectores “operan protegiendo al sujeto de la hostilidad encontrada en su entorno”.

Con lo anterior, vemos la importancia del entorno en el desarrollo potencial del TEPT. Entre los factores de protección que se encuentran en el entorno está el apoyo social, que se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social (Barra, 2004), el cual influye positivamente en una mejor calidad de vida, baja morbilidad psicológica y mayor sobrevivencia. Su importancia ha sido demostrada por diversos estudios que indican, por ejemplo, que la falta de apoyo social es un buen predictor para la aparición del TEPT (Altindag, Ozen & Sir, 2005) o un factor de riesgo para la aparición de este trastorno (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

De ahí, la importancia de mirar a la persona de una forma integral con la intención de potenciar todas las capacidades, habilidades y destrezas que, de facto tiene; enfatizando (si lo tiene) y devolviendo (si en algún momento lo perdió) el poder de decisión sobre aquello que le concierne a su persona, por ínfimo que pueda parecerle al resto, ya que cuando la persona se vuelve prisionera de las emociones negativas que conlleva un trauma, pierde la capacidad de enfrentarse al mismo. Es importante vincular a la persona con la red social e institucional con programas de apoyo psicosocial y políticas sociales disponibles que promuevan la inclusión social, los derechos humanos y el acceso a servicios básicos y de desarrollo integral. Lo cual ayuda a fortalecer su poder de decisión frente a sus proyectos de vida que les permitan potenciarse como ciudadanas y ciudadanos con derechos que pueden impactar positivamente su entorno y su propia vida.

Tipos de eventos potencialmente traumáticos (EPT)

Los tipos de EPT podemos clasificarlos en tres: (a) abusos, (b), pérdidas, (c) estresores crónicos. A continuación, se ahonda en cada tipo de EPT con ejemplos.

a. Abusos como receptor o receptora o como testigo

Los abusos como receptor o receptora, hacen referencia a las situaciones donde la persona recibe de manera directa el abuso. Mientras que como testigo hace referencia a un acontecimiento en el que se estuvo presente, pero donde el abuso fue dirigido a una tercera persona.

- **Abuso emocional:** coaccionar, intimidar, amenazar en forma repetitiva a una persona para disminuir su autoestima o afectar a su personalidad. Ejemplos:
 - Crear aislamiento social y/o emocional alrededor de una persona al denigrar a familiares y seres queridos.
 - Controlar las idas y venidas de una persona.
 - Utilizar diferentes formas de amenazas implícitas o explícitas (manipulación) como: secuestrar o matar a alguien querido, suicidarse, romper objetos valiosos para la persona, hacer acusaciones falsas, entre otras.
 - Crueldad: mal humor, indiferencia, discriminación, rechazo, silencio, exigencias excesivas de tareas, toma de decisiones por la otra persona, entre otras.
 - Humillación o ridiculización: hacer que alguien crea que es estúpido/a, bueno para nada, etc.
- **Violencia sexual:** resulta en todas las formas de actos sexuales, con o sin contacto físico, cometidos por una persona sin el consentimiento de la otra persona (incluso de los niños y las niñas) a través de la manipulación emocional o el chantaje. Es un acto para subyugar a otra persona a los propios deseos, ya sea a través de un abuso de poder, el uso de la fuerza o la coerción, o una amenaza implícita o explícita. Ejemplos:
 - Agredir sexualmente o forzar a una persona a tener relaciones sexuales.
 - Acosar sexualmente a alguien (en el trabajo, en la escuela, en la calle, etc.).
 - Hacer contacto sexual en contra la voluntad de una persona.
 - Hacer llamadas obscenas.
 - Tener relaciones sexuales con un niño o niña (pedofilia), con un/a menor o adulto/a en la familia (incesto).
 - Contacto sexual (tocamientos en partes íntimas de la niña/o u obligarles a que toquen órganos sexuales de sus agresores)
 - Explotar sexualmente a una persona con fines pornográficos y/u obligar a niñas/os a ver actos sexuales entre personas, actos de masturbación y/o películas de contenido erótico.
 - Forzar a una persona a realizar prácticas sexuales no deseadas (anal, oral, fetichismo, uso de objetos sexuales, etc.).
 - Denigrar sexualmente a una persona.

- **Abuso físico:** sujetar, inmovilizar o causar daño físico a una persona para lograr su sometimiento o control. Ejemplos:
 - Bofetada, pellizcar y agitar.
 - Sujetar de forma agresiva.
 - Morder, empujar y agarrar.
 - Patear, golpear.
 - Secuestro o encierro.
 - Amenazar con un arma.
 - Intento de asesinato.
 - Lanzar objetos, etc.

- **Abuso económico:** comportamientos y acciones que impiden que una persona obtenga la libertad económica. Ejemplos:
 - Prohibir o desalentar enérgicamente a la otra persona a trabajar fuera del hogar.
 - Controlar el presupuesto y/o incautar la totalidad o parte de los ingresos o documentos importantes (pasaporte, documento de identidad, etc.) de la otra persona.
 - No compartir con precisión el presupuesto familiar y/o rechazar gastar dinero en ocasiones especiales.
 - Control de los gastos: ropa, alimentos, gastos necesarios para el bienestar de los niños o niñas, entre otros.
 - Extorsión, etc.

b. Pérdidas

- Muerte de un ser querido.

- Negligencia, abandono, desamparo por la dinámica familiar o como consecuencia de la situación del contexto (violencia, situación económica), por muerte o desaparición de familiar o familiares, enfermedad, desplazamiento (voluntario o involuntario), etc.

- Desastres naturales como tornados, terremotos, tsunamis, sequías, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, incendio, nevadas, etc.

- Accidentes automovilísticos, laborales, domésticos, acuáticos (ahogamiento por inmersión, hipotermia, deshidratación), etc.

- Migración irregular que tiene como resultado la separación de familiares, seres queridos o animales de compañía, del lugar de residencia, del lugar de crianza, del lugar de trabajo o de separación material de

objetos significativos (casa, ropa de seres queridos, juguetes, etc.), entre otros.

- Amputaciones de miembros.

c. Estresores crónicos

- **Conflictos políticos:** tratados económicos, acuerdos internacionales, violación de Derechos Humanos, etc.
- Pobreza, falta de satisfacción de necesidades básicas.
- Guerra, conflicto interno.
- Violencia por pandillas
- **Procedimientos médicos invasivos:** esterilización forzada, drenaje postural, intubación traqueal, drenaje torácico, broncoscopia, proctoscopia, colostomía, tacto rectal, punción lumbar, extracción de líquido óseo.

¿Qué sucede cuando experimentamos una experiencia traumática?

Después de días o semanas de vivir una experiencia traumática, las personas experimentan situaciones que pueden ser perturbadoras. Son imprevisibles, infrecuentes y varían en duración pudiendo ser de agudos a crónicos (Gaborit, 2006). Cada persona reacciona de distinta manera a estos eventos, sin embargo, existen respuestas que son relativamente comunes en los sujetos expuestos a experiencias traumáticas.

Es importante mencionar que estas respuestas se consideran “normales” y no deben considerarse en un primer momento un signo de trastorno. Discutiremos más adelante el momento en que estas reacciones se consideran ya un Trastorno de Estrés Agudo (TEA) o un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Las reacciones que podemos encontrar posterior al evento traumático pueden ser cognitivas, físicas, emocionales o interpersonales (Figuerola, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016).

a. Reacciones cognitivas

- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Dificultades de memoria.
- Incredulidad.
- Confusión.
- Pesadillas.
- Noción de autoeficacia disminuida.

- Pensamientos de culpa.
- Pensamientos o recuerdos intrusivos sobre el trauma.
- Ansiedad, miedo y preocupación en cuanto a la seguridad propia o la de otros.
- Preocupación.
- Disociación (visión de túnel, estado crepuscular de conciencia, sensación de irrealidad, dificultades para recordar, sensación de separación del cuerpo).
- Dificultades en proyectarse hacia el futuro.

b. Reacciones físicas

- Fatiga.
- Cansancio.
- Insomnio.
- Taquicardia o palpitaciones.
- Sobresaltos.
- Exaltación.
- Incremento de dolores físicos.
- Reducción de la respuesta inmune.
- Dolores de cabeza.
- Malestar gastrointestinal.
- Reducción o aumento del apetito.
- Reducción del deseo sexual.
- Vulnerabilidad a la enfermedad.

c. Reacciones emocionales

- Estado de shock.
- Terror.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático. Esto es debido a la amnesia disociativa, que hace que el individuo pierda la memoria parcialmente respecto al hecho que provocó el trauma (Santiago, 2019).

- Irritabilidad.
- Sentimiento de culpa (hacia sí mismo y a otros).
- Sentimientos de impotencia.
- Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares.
- Dificultad para sentir alegría.
- Dificultad para experimentar sentimientos de amor y cariño a otros.
- Embotamiento emocional.
- Dificultades para sentir esperanza

d. Reacciones interpersonales

- Incremento en conflictos interpersonales.
- Retraimiento social.
- Reducción en las relaciones íntimas.
- Alienación.
- Dificultades en el desempeño laboral o escolar.
- Reducción de la satisfacción.
- Desconfianza.
- Externalización de la culpa.
- Externalización de la vulnerabilidad.
- Sensación de abandono o rechazo.
- Sobreprotección.

Si bien las niñas y niños tienden a recuperarse en forma espontánea de un trauma al igual que los adultos, pueden presentar algunas características particulares. Es por esto que se enlista en su propio apartado las reacciones propias de estas edades, al igual que en el caso de las/los adolescentes.

e. Reacciones específicas en preescolares

Entre los 0 y 5 años las manifestaciones pueden ser menos diferenciadas e inclusive cambiar a través del tiempo en respuesta a la maduración cerebral y emocional (Romero Acosta y Ruiz, 2015). El reto aquí es identificar estas reacciones, dado que las niñas y niños pequeños no siempre pueden comunicar lo que les ha ocurrido y tienen dificultad para expresar sus emociones.

- Ansiedad de separarse o apego excesivo a los cuidadores primarios.

- Regresión a etapas de desarrollo ya dominadas (habla como bebé o se orina en la cama/accidentes de baño).
- Falta de progreso en el desarrollo (no está progresando al mismo nivel que los compañeros de su edad).
- Recrea el evento traumático (a través del juego o dibujo).
- Reacción exagerada o no existente al contacto físico, luz brillante, movimientos bruscos, o ruidos altos (campanas, portazos, o sirenas).
- Alto nivel de malestar (inusualmente quejoso, irritable, de mal humor).
- Angustia, temor, o preocupación en cuanto a la seguridad propia o la de otros.
- Preocupación que el evento traumático se repita.
- Temores nuevos sin relación al evento vivido (miedo a la oscuridad, animales, o monstruos).
- Conductas repetitivas sin afecto.
- Terrores nocturnos.

Además, en el cuadro de estrés infantil, podemos encontrar síntomas psíquicos, físicos y conductuales específicos para este grupo etario (Martínez-Otero Pérez, 2012).

Síntomas Psíquicos:

- Desmotivación, desinterés.
- Irritabilidad.
- Ansiedad.
- Tedio.
- Disminución de la capacidad para concentrarse.
- Errores de memoria.
- Labilidad afectiva.

Síntomas Físicos:

- Alteraciones del sueño.
- Pérdida o aumento de peso.
- Malestar general.
- Cefaleas.
- Problemas digestivos.

Síntomas conductuales

- Rechazo de la escuela.

- Disminución del rendimiento.
- Aumento de los errores.
- Incumplimiento de tareas.
- Empeoramiento de las relaciones con compañeras, compañeros y docentes.

f. Reacciones específicas en adolescentes

- Cambios en el rendimiento escolar.
- Irritabilidad con amigas, amigos, padres, familiares, docentes.
- Enojo abrupto y/o agresión.
- Retraimiento de personas y actividades.
- Ausencia escolar.
- Inquietud en cuanto a sentimientos (pensamientos de venganza).
- Ideación suicida o conducta autolítica.
- Rigidez emocional (aparenta no tener sentimientos sobre el evento).

Neurobiología de la experiencia traumática

Aunque en este apartado vamos a considerar la parte biológica de la experiencia traumática y sus consecuencias a nivel físico, debemos tener siempre presente que éste no debe ser considerado independiente de las reacciones emocionales. Y por supuesto, el estrés es parte importante de todos los cambios y situaciones que veremos y describiremos en este punto.

Cuando una persona sufre una experiencia que genera una situación de estrés, pasará por 3 fases que se conocen como síndrome general de adaptación (Duval, González y Rabia, 2010):

- 1. Fase de alerta:** En respuesta a un estresor, el hipotálamo (estructura localizada encima de la hipófisis) estimula las glándulas suprarrenales, que a su vez producirán noradrenalina. Esta última es la responsable de dar la energía cuando haya una emergencia. Veremos entonces que aumenta la frecuencia cardíaca, la respiración, se produce vasodilatación y aumenta la vigilancia.

Supongamos que Mario (nombre ficticio) intenta llegar desde Honduras a Estados Unidos. Ha logrado llegar hasta el sur de México para esperar a “la bestia” (el tren) que lo avanzará en su camino. Escucha el sonido del tren, sabe que debe estar atento y listo para subir y evitar caer. Su cerebro envía la señal de alerta, siente como sube la sangre a la cabeza, la siente caliente, su corazón empieza a latir muy rápido. Escucha los gritos de las personas a su alrededor, sus pupilas están dilatadas para ver mejor. Logra subir, no sabe de dónde ha sacado las fuerzas para no caerse.

- 2. Fase de defensa:** Si el evento que ha generado el estrés se mantiene, se libera en esta fase cortisol, la hormona del estrés. Este mantiene el nivel de glucosa en la sangre para nutrir músculos, corazón y el

cerebro. De manera que el cortisol asegura la renovación de la reserva para que el organismo “pueda aguantar” y la adrenalina nos proporciona la energía.

Mario ha logrado subir al tren y ahora va muy atento al camino. Está sorprendido de que a pesar del esfuerzo que tuvo que hacer no se siente cansado, tampoco tiene hambre ni sed. En este momento está seguro que logrará su objetivo. Sólo piensa en encontrarse con su hermano en Estados Unidos.

- 3. Fase de agotamiento o relajamiento:** la situación se mantiene y se acompaña de una activación hormonal crónica. El organismo está desbordado, se agota, las hormonas son menos eficaces, se acumulan en la circulación y esto genera efectos negativos tales como síntomas físicos y emocionales.

Después de algunas horas de estar “acomodado” en “la bestia”, empieza a notar el cansancio. Le duelen las piernas y los brazos y recuerda el esfuerzo que tuvo que hacer para lograr subir al vagón y no caerse. Empieza a surgir un sentimiento de desesperanza. Ha empezado a llover y siente frío. Duda en poder llegar a su destino y la tristeza lo invade. Ahora tiene mucho miedo.

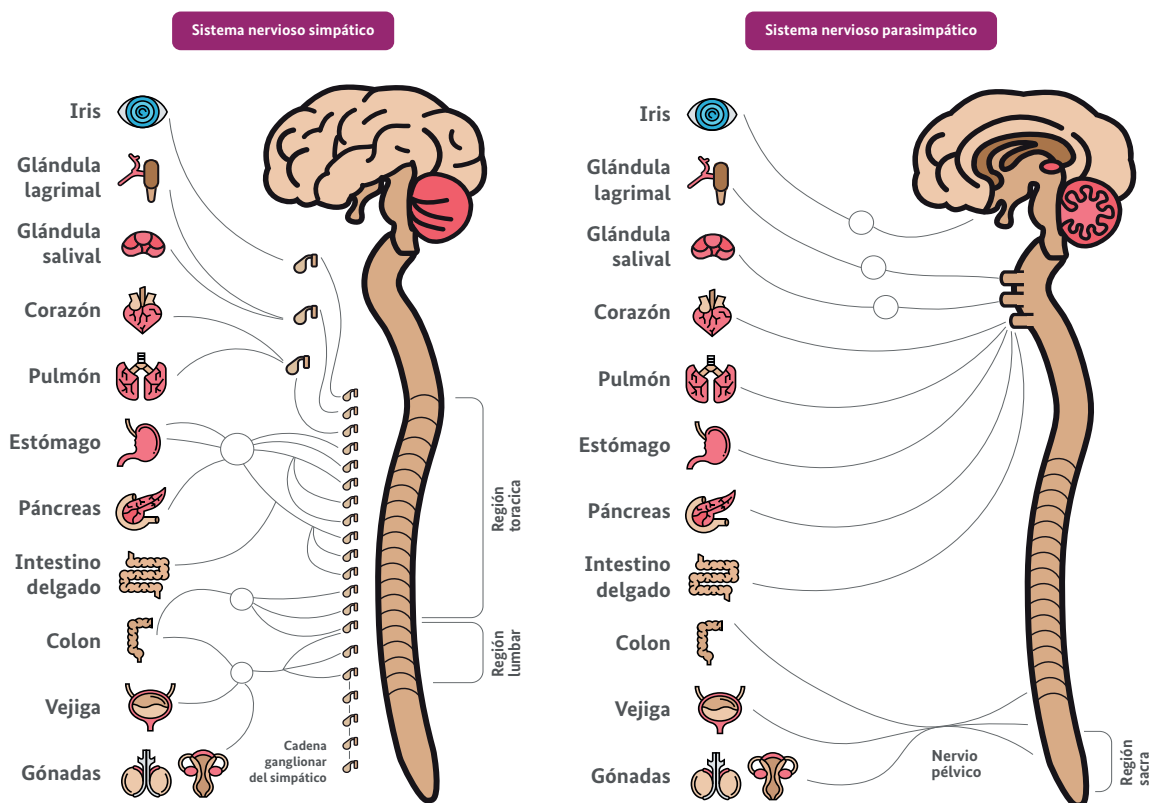
Diversas sustancias tales como neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas participan cuando se vive un evento estresante. Como vimos anteriormente, en estas circunstancias se libera noradrenalina, lo que permite que el sujeto tenga una respuesta eficaz ante el evento (Mario logra subir al tren). Además de estos, se ha correlacionado que determinadas estructuras anatómicas están relacionadas con eventos asociados al estrés. Estructuras tales como la amígdala y estructuras paralímbicas presentan mayor activación durante la exposición repetida a estímulos relacionados con la experiencia traumática. El hipocampo, estructura relacionada con la memoria, presenta disminución en su volumen, generando déficit en la memoria declarativa (Rodríguez-Fernández, García-Acero y Franco, 2012). La memoria declarativa es aquella que nos permite recordar los eventos pasados, es decir el “qué” ha sucedido: objetos, experiencias, rostros, nombres, hechos. El acceso a esta memoria es consciente. A ésta es a la que llamamos “memoria” en el uso cotidiano (Solís y López-Hernández, 2009).

En el estrés se presenta una respuesta generalizada de los tres sistemas de control del organismo: el sistema nervioso, el sistema endócrino y el sistema inmune. Sin embargo, el eje rector de esta respuesta lo conforman: la hormona liberadora de corticotrofina (CRH), la hormona liberadora adenocorticotrofica (ACTH) y el cortisol (Guyton y Hall, 2006). A continuación, describiremos su funcionamiento:

- a. Cuando se libera CRH, éste activa el sistema nervioso simpático (ver Ilustración 6) que a su vez estimula la médula suprarrenal y produce catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). Así también, estimula la biosíntesis y secreción de ACTH que actúa sobre la corteza suprarrenal para estimular la producción de cortisol (Dominiczak y Beastall, 2019). Para comprender un poco mejor todos estos procesos, seguiremos con la historia de Mario, el joven migrante.

Mario debía subir al tren, en ese momento su nivel de estrés era alto, por lo que su cerebro dio la orden de que se aumentara la secreción de noradrenalina y adrenalina, lo que a su vez incrementó sus niveles de cortisol. De no haber sido así, sus manos y sus pies quizá no hubieran tenido la fuerza suficiente para sostenerse con el tren en marcha. En algunos casos la respuesta puede ser contraria y puede provocar un miedo intenso que paralice a la persona.

Ilustración 6. Sistema nervioso simpático y parasimpático



b. **El sistema inmune** se activa a través de citoquinas. Este sistema puede activar el sistema CRH. De manera directa puede provocar resistencia de los receptores de glucocorticoides, lo que causa hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal (Guyton y Hall, 2006).

Gracias a este segundo proceso, Mario no sentirá cansancio ni hambre, mantendrá su concentración y atención a su máximo nivel y sus músculos estarán listos en caso tenga que realizar algún movimiento para no caer del tren en movimiento.

c. **El sistema endocrino**, a través del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) es responsable de la respuesta fisiológica más importante liberando glucocorticoides adrenales (cortisol y corticosteroides) y CRH. Cuando se percibe una amenaza, el cerebro procesa la información a través de los órganos sensoriales a las áreas límbicas como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal. En estas áreas las redes neuronales están involucradas en procesar la información y dar la respuesta apropiada (Clow, Taorn, et al., 2004). Cuando el evento estresante implica una situación emocional se activa el circuito que comprende al hipocampo, la amígdala basolateral y la corteza prefrontal. La señal desde las áreas límbicas al hipotálamo estimula el eje HPA y producen activación autonómica. Tanto el hipocampo como la corteza prefrontal son inhibitorias, en tanto que la amígdala es excitatoria (Guyton y Hall, 2006).

Si el tren continúa su marcha sin inconvenientes, Mario continuará atento al camino hasta el momento en que tenga que descender, pero si el tren es detenido por narcotraficantes, los efectos de las hormonas y la activación de su cerebro, le permitirá buscar rápidamente alguna manera de escapar.

La hipersecreción del eje HPA es inhibida por un proceso de retroalimentación negativa debido a que las concentraciones elevadas de cortisol actúan sobre receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides en el hipocampo para disminuir la síntesis de hormona de liberación de corticoides (Granner, 2004). Los glucocorticoides son hormonas secretadas por las glándulas suprarrenales. En situaciones de estrés aumentan los niveles de glucosa en el organismo. Los mineralocorticoides son hormonas, también sintetizadas en la corteza suprarrenal, encargadas de mantener el equilibrio de los distintos electrolitos como sodio, potasio y magnesio.

En tanto Mario siga en el tren sin sobresaltos, poco a poco empezará a sentir cómo el cansancio se apodera de él, tomará conciencia que su corazón late muy rápido y su respiración está acelerada. Buscará algo en su mochila para comer y beber. Hasta ahora, no había sentido hambre ni deseos de ir al baño. Pero no está libre del todo, si sus niveles de estrés se mantienen, corre el riesgo de deshidratarse, sufrir un infarto, de que se eleve su presión arterial y en el peor de los escenarios, puede tener una muerte súbita.

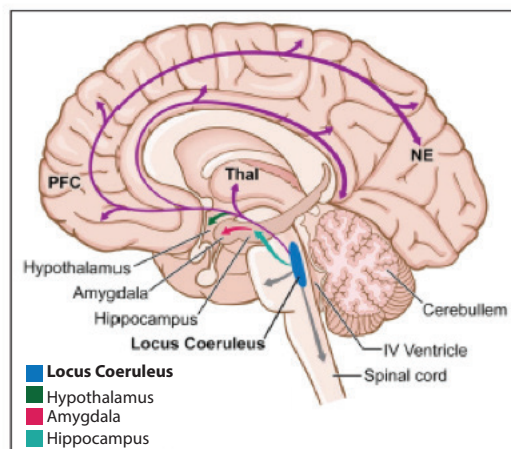
La activación del eje HPA es también provocada por la liberación de hormona liberadora de corticotropina (CRH). En respuesta al estrés agudo la CRH actúa mediando la respuesta endocrina a través del sistema HPA. Esta CRH media la respuesta emocional a través de neuronas de la amígdala; la respuesta cognitiva y conductual la envía a través de la vía neuronal cortical y la respuesta autonómica por proyecciones de la amígdala a los núcleos del tronco, principalmente el locus coeruleus (Véase Ilustración 7). Esta estructura es importante porque está involucrada en la respuesta al pánico y al estrés. De manera que la CRH funciona como factor liberador y como neurotransmisor que cumple funciones como mediador primario en las respuestas endocrina, inmune y conductual (Schäffer, Müller-Vizentini, et al. 2009).

Al final del viaje Mario habrá pasado por situaciones que le habrán hecho sentir miedo e incluso pensó que iba a morir. Cuando esté durmiendo lo despertarán pesadillas con imágenes de su viaje en el tren. En el día vendrán a su mente, sin poderlo evitar, los recuerdos de la policía persiguiéndole, el sonido del tren, el grito de alguien que cayó. En esos momentos tendrá taquicardia, podrá aumentar su presión arterial e incluso aparecerá el fantasma del miedo a morir.

Para su fortuna, su respuesta fue siempre de huida y no de parálisis. Eso le permitió cumplir su objetivo.

Ilustración 7. Ubicación del locus coeruleus

Fuente: Adaptado de Morris, et al. (2020), p.4



The background is a solid purple color. In the top left, there is a large, irregular pink shape with a black outline. In the top right, there are several overlapping, semi-transparent purple circles of varying sizes. In the bottom right, there is a teal puzzle piece with a black outline. In the bottom left, there is a wavy, light purple shape.

Capítulo 2

Comprendiendo el estrés después de un evento traumático

Capítulo 2: Comprendiendo el estrés después de un evento traumático

Mensaje clave: “El diagnóstico clínico puede ser útil y necesario, porque proporciona a la persona afectada una explicación clínica, lo que puede reducir la carga para algunas personas. (...) Por otro lado, los diagnósticos también pueden ser dañinos, ya que conllevan el riesgo de que lleva a estigmatizar, patologizar y medicalizar una reacción normal a eventos anormales.” (libremente traducido por Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GIZ, 2019, p.45)

En el capítulo anterior se presentaron de manera general el Trastorno de Estrés Posttraumático como el Trastorno por Estrés Agudo. Ahora se detallan las características de cada uno, su impacto y su neurobiología, entre otros.

Trastorno por Estrés Agudo (TEA)

El estrés agudo sobreviene en el sujeto hasta un mes después de haber experimentado algún tipo de circunstancia adversa en su vida o tras presenciar la desgracia de otra persona.

Tabla 4. Criterios diagnósticos DSM V para el TEA

Trastorno por Estrés Agudo (TEA)
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más).</p> <p>Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo (p. 280).</p>
<p>B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático.</p> <p>Nota: En las niñas y niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p>
<p>C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.</p> <p>Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.</p>
<p>D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.</p>

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) 5ª ed, por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El Trastorno de Estrés Postraumático sobreviene en el sujeto después de haber experimentado algún tipo de circunstancia adversa en su vida o tras presenciar la desgracia de otra persona, si persiste después de un mes del evento.

Los síntomas perduran más allá de un mes después de haber sufrido el evento catastrófico o traumático. Los síntomas son: (a) pensamientos repetitivos acerca del evento traumático que ocasionan angustia; (b) el temor a sentir mayor malestar hace que la persona trate de evitar recordar el evento y los lugares que lo recuerdan; (c) anestesia emocional, que hace que las cosas parezcan extrañas o irreales o la persona siente no ser ella misma (Chávez-León, 2017).

Tabla 5. Criterios diagnósticos DSM V para el TEPT

Lo que determina que un proceso se torne traumático o no es la experiencia subjetiva de cada individuo, un

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	TEPT en niños y niñas menores de 6 años
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.</p> <p>Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>	<p>A. En niñas y niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.</p>
<p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Nota: En las niñas y niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).</p>	<p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s).</p>
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s).</p>	<p>C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s).</p>

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	TEPT en niños y niñas menores de 6 años
D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso.	D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s).
E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s).	E. La duración de la alteración es superior a un mes.
F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.	F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.	

Fuente: Tomado del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales por la APA (2014).

Tabla 6. Diferencias entre el TEA y el TEPT

	TEA	TEPT
Prevalencia de estos síntomas en la persona	La prevalencia de los síntomas suele durar entre tres días hasta un máximo de un mes, después de este periodo los síntomas bajan.	La prevalencia de los síntomas suele ser mayor al mes. En los casos más intensos la sintomatología podría llegar a prolongarse hasta un año.
Los criterios diagnósticos	No hace falta que se manifiesten todos los síntomas.	Sí es necesario que se manifiesten todos los síntomas.

Fuente: Adaptado de Snell (2003), p.28

Respuesta del cerebro al TEPT

a. Organización del cerebro

El Sistema Nervioso Central (SNC) (Véase Ilustración 8) está constituido por la médula espinal, bulbo raquídeo, la protuberancia, el mesencéfalo, el diencefalo, el cerebelo y los hemisferios cerebrales. Está protegido por la barrera hematoencefálica y se conecta con todo el cuerpo a través del sistema nervioso autónomo o periférico. Las señales que van desde el exterior al SNC llegan por vías aferentes, en tanto que las que van del SNC hacia las distintas partes del cuerpo se conocen como eferentes. Es importante distinguir que existen dos áreas de asociación, que son en donde se procesa la información que llega por vías aferentes y eferentes (ver Ilustración 9). Al hablar de vías aferentes nos referimos a toda la información que viene desde el exterior. Las vías eferentes llevan la respuesta a los músculos y a las glándulas. La corteza de asociación primaria, a donde llega la información proveniente de los sentidos y las áreas de asociación secundaria, las que nos interesan en este caso: corteza prefrontal, sistema límbico y corteza de asociación posterior.

Ilustración 8. Sistema Nervioso Central (SNC)

Fuente: Adaptado de Snell (2003), p.28

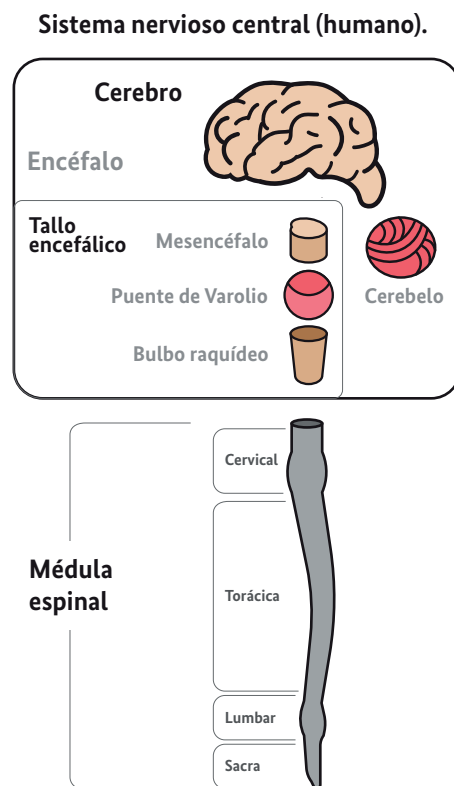
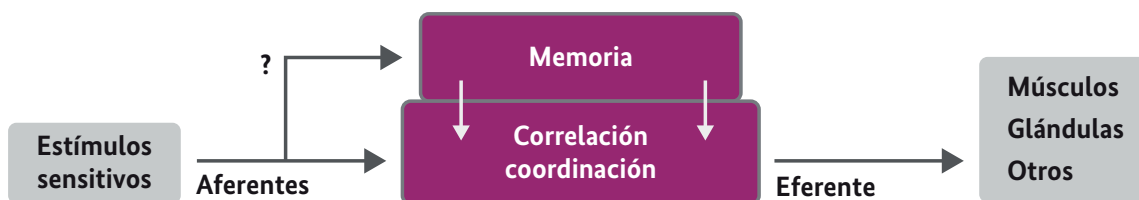


Ilustración 9. Vías aferentes y eferentes

Fuente: adaptado de Snell (2003), p.28



En el TEPT, el conjunto de síntomas que lo caracterizan (pesadillas, trastornos del sueño, evitación, ansiedad, hipervigilancia, etc.) dependen de una desregulación y consecuente hiperactivación del sistema nervioso simpático (SNS). La amígdala es la estructura que activa al SNS, lo que produce liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y a su vez libera cortisol (Coelho & Costa, 2010, p. 3), siendo este último la hormona del estrés.

b. Neurobiología del miedo traumático

En los últimos años, el estudio de las bases neurobiológicas del miedo se ha centrado en la amígdala (núcleo amigdalino), una pequeña estructura alojada en el sistema límbico («cerebro emocional») (Parcet, Fullana y Rivas, 2016) y la corteza prefrontal. La “alarma del pánico” del cerebro se encuentra en la amígdala: suena la alarma sobre una amenaza y activa la respuesta de miedo. Funcionalmente la amígdala se considera la estructura esencial para el procesamiento emocional de las señales sensoriales dado que recibe proyecciones de todas las áreas de asociación sensorial (Sánchez-Navarro, Román, 2004).

Diversos estudios han demostrado la relación que tiene la corteza prefrontal (CPF) y la amígdala. Normalmente, las proyecciones de la primera inhiben la activación de la amígdala, lo que explica la importancia de una corteza prefrontal intacta para la extinción de las respuestas al miedo. La hipoactivación de la CPF permite la respuesta exagerada de la amígdala (McNally, 2009).

A través de un circuito con el tálamo-hipotálamo-hipocampo-amígdala, la corteza prefrontal inhibe las respuestas endocrinas y motoras producidas en las últimas dos. Por eso, se le reconoce a la CPF una labor inhibitoria de comportamientos de miedo a través de una conexión con las interneuronas gabaérgicas de la amígdala (Sánchez y Uribe, 2009).

Como vimos anteriormente, el aumento de secreción de cortisol produce disminución en el volumen hipocampal, éste último es importante en el proceso de memoria. Esta alteración produce déficit en la memoria declarativa. El hipocampo se divide anatómicamente en dos partes: anterior (cabeza) y posterior (cuerpo y cola). Es la porción anterior la que modula el procesamiento afectivo, es decir, la ansiedad y el miedo (Chávez-León, 2017).

Además de las alteraciones anatómicas, sabemos que la exposición al estrés aumenta la actividad catecolaminérgica, es decir, hay aumento de neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina, acetilcolina y serotonina. El aumento de noradrenalina en la amígdala en respuesta al estrés agudo es importante dado que se ha vinculado a ésta en la coordinación fisiológica al estrés. Este último neurotransmisor es importante dado que diversos estudios sugieren que la hiperactividad noradrenérgica puede estar relacionada con el desarrollo y/o mantenimiento de alguna de las alteraciones conductuales en el TEPT tales como la ansiedad generalizada o la hipervigilancia (Ronzoni, 2017).

c. Factores neuronanatómicos implicados en el TEPT

Amígdala. Esta estructura registra una hiperactivación que es explicada por el déficit del efecto modulador de información que las zonas frontales ejercen sobre esta estructura y por ausencia del flujo de información desde la amígdala a los núcleos del estriado. La consecuencia de esta alteración es el embotamiento afectivo, la ausencia de respuesta de afrontamiento adaptativo, la paralización y la activación autónoma excesiva (Heim et al., 2009).

En cuanto a la memoria “el estrés puede alterar la consolidación de la memoria por el hipocampo, y las funciones cognitivas y la memoria de trabajo² desempeñadas por la corteza prefrontal” (Saavedra, Díaz, Zúñiga, Navia & Zamora, 2015, p. 33). Como resultado, el estrés puede promover el almacenamiento de recuerdos intensos desde la perspectiva emocional, pero obstaculizar la recuperación de esos recuerdos y, por ende, la memoria de trabajo. A este respecto, se ha demostrado que las personas con TEPT a menudo tienen atrofia del hipocampo (mencionado más adelante).

Hipocampo. Se ha detectado una disminución del volumen del hipocampo, sea derecho, izquierdo o bilateral y una reducción en el metabolismo de dicha estructura, sobre todo del hipocampo derecho. Esta disminución del volumen y metabolismo hipocámpal se explica por la alteración del eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal. Estas alteraciones están asociadas con problemas en la memoria retrógrada y por tanto en el recuerdo de partes del suceso traumático, así como en la memoria declarativa, en la intensidad de fijación de partes del acontecimiento y por ende al recuerdo de carácter repetitivo e intrusivo (Hermann & Irle, 2004).

Tálamo. En el tálamo, que participa fundamentalmente en tareas de atención, se observa un descenso de actividad que está relacionado con el recuerdo disociado y con alteraciones en la percepción de la realidad (Heim et al., 2009).

Neocórtex. Respecto al registro de volumen cerebral frontal, suele observarse una disminución del mismo en estas áreas. También se han encontrado correlaciones inversas entre la actividad autonómica y la activación frontal. Esta alteración se asocia con los síntomas disociativos del TEPT y con los síntomas derivados de la modulación de la amígdala (Gómez-González y Escobar, 2002; Heim et al., 2009). Además, a nivel cortical hay un aumento en el metabolismo del lóbulo occipital y en el área de asociación visual con el recuerdo del acontecimiento traumático. Así como en el lóbulo parietal hay una disminución de la actividad asociado a problemas para prestar atención a las características espaciales y disfunciones en la memoria de trabajo (Yehuda 2000; Yehuda et. al. 2001; Heim et al., 2009).

Hipotálamo. Presenta una actividad inhibitoria o restauradora de la activación del sistema nervioso simpático. Cuando una persona se encuentra en un estado de estrés el hipotálamo se activa y libera una hormona designada por CRF (Corticotrophine Releasing Factor o factor de liberación de la corticotropina). Esta hormona estimula las glándulas suprarrenales que activan la liberación de cortisol, el cual ayuda al organismo a terminar con las reacciones neurobiológicas movilizadas por la acción del sistema nervioso simpático (estado de activación corporal) ante un estímulo amenazador (Bremner, Southwick & Charney, 1999; Southwick, Yehuda, & Wang, 1998; Charney et al. 1993; Graeff, 2003; McFall et al. 1990).

En general, ante situaciones normales de estrés, se afirma que los niveles de liberación de la hormona CRF parecen estar aumentados, así como los niveles de cortisol (Seara, 2002; Serra, 2003; Carlson, 2002). Este resultado es bastante lógico, ya que como son dos sistemas complementarios es normal que las proporciones sean idénticas para que el cortisol ejerza sus funciones. Sin embargo, en el TEPT este modelo neuroendocrino se presenta de forma paradójica. Es decir, ante estímulos estresantes, aunque los niveles de la hormona CRF están aumentados, los niveles de cortisol aparecen disminuidos; lo que no permite a la persona tener una respuesta normal al acontecimiento estresante.

²**Memoria de trabajo o memoria operativa:** Es el conjunto de estructuras y procesos que permiten mantener temporalmente la información activa, posibilitando el procesamiento y la manipulación de la misma cuando ésta ya no está accesible a los sentidos. La memoria de trabajo participa de forma significativa en funciones cognitivas como el razonamiento, la planificación o la toma de decisiones (Muñoz, 2018).

d. Factores neuroquímicos

Si bien es cierto que anteriormente se señalan los neurotransmisores afectados ante la experimentación de un evento traumático, es preciso especificar los que se encuentran más directamente alterados ante el TEPT. Por tanto, los factores neurobioquímicos se refieren a las alteraciones en la regulación de los neurotransmisores implicados en el TEPT.

Catecolaminas: Son un conjunto de neurotransmisores. Su rol es fundamental en los procesos de cognición, emoción y el aprendizaje. Niveles elevados de catecolaminas se asocian con el aumento de la frecuencia cardíaca y de los niveles de glucosa y con la activación del sistema nervioso parasimpático. La dopamina (DA), la adrenalina y la noradrenalina son las tres principales catecolaminas.

La noradrenalina (NA) es uno de los principales mediadores de respuesta del sistema nervioso autónomo al estrés. La mayoría de la NA del SNC deriva de las neuronas del Locus Coeruleus³ (LC) que tienen proyecciones a varias regiones involucradas en la respuesta al estrés, incluyendo la corteza prefrontal, amígdala, hipocampo, hipotálamo y tálamo.

Según Yehuda 2000, Palacios et al., 2002 y Heim et al., 2009 (citados por González-González, 2014), hay evidencia de la existencia de un circuito de retroalimentación entre la amígdala e hipotálamo con el LC, en el que la interacción entre el factor liberador de la corticotropina (FLC) y la noradrenalina (NA) acrecienta la respuesta condicionada al miedo y codifica las memorias emocionales⁴, la activación y la vigilancia, integrando la respuesta autonómica y endocrina al estrés.

A nivel periférico, la activación simpática (Sistema Nervioso Autónomo Simpático⁵) durante la exposición al estresor tiene como resultado un incremento de la NA la Adrenalina de la médula suprarrenal⁶ y los nervios simpáticos, provocando cambios en el flujo sanguíneo a una variedad de órganos y permitiendo una reacción de alarma en respuesta a una amenaza.

Adicionalmente las personas con TEPT muestran un incremento de la frecuencia cardíaca y presión arterial en presencia de recuerdos traumáticos (González-González, 2014). El sistema dopaminérgico mesolímbico juega un papel importante en el procesamiento de recuerdos. La DA también está involucrada en el temor condicionado y en los seres humanos la exposición a estresores induce incremento de la DA en el sistema límbico.

Serotonina: La serotonina está implicada en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad y afectivos, así como en la modulación afectiva y de respuesta al estrés (González-González, 2014). Se pone de manifiesto una alteración en la regulación serotoninérgica central en el TEPT; esto se traduce en una disminución de

³**Locus coeruleus o locus cerúleo:** Es un núcleo compuesto principalmente por neuronas noradrenérgicas que se encuentra en la protuberancia del tronco encefálico. Sus principales funciones están relacionadas con las respuestas fisiológicas de estrés y miedo. Además, proporciona la principal fuente de noradrenalina (o norepinefrina, NE) para todo el cerebro, el tronco encefálico, el cerebelo y la médula espinal. Su actividad neuronal ejerce un papel esencial en la integración de la información sensorial para regular la activación, la atención y ciertas funciones de la memoria (Rovira, s.f).

⁴**Memoria emocional:** El aprendizaje, el almacenamiento y el recuerdo de eventos asociados con las respuestas fisiológicas que se daban en el momento en que tuvieron lugar dichos sucesos. (Figueroa, s.f).

⁵**Sistema Nervioso Autónomo Simpático:** Tiene como principal función preparar al organismo para responder rápidamente a la estimulación externa, provocando procesos que suponen el consumo de una gran cantidad de energía con el fin de asegurar la supervivencia (Castillero, s.f).

⁶**Médula suprarrenal:** Produce sustancias químicas como la epinefrina (adrenalina) y la norepinefrina (noradrenalina) que participan en la transmisión de impulsos nerviosos (Instituto Nacional del Cáncer, s.f).

los niveles de serotonina en personas afectadas por el TEPT. Este déficit serotoninérgico estaría implicado en los síntomas de impulsividad, hostilidad, agresión, síntomas depresivos y tendencia al suicidio, además de hipervigilancia, impulsividad y memorias intrusivas (Palacios et al. 2002, Heim et al., 2009).

GABA/Receptor Benzodiazepínico: El ácido Gamma-aminobutírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibidor del SNC. El sistema GABA/ receptor benzodiazepínico está involucrado en la fisiopatología del TEPT. Se ha observado una disminución de este sistema en presencia de estrés incontrolable, así como disminución de receptores benzodiazepínicos plaquetarios en pacientes con TEPT.

Glutamato/Receptor NMDA: El glutamato/receptor NMDA está implicado en la plasticidad sináptica, el aprendizaje y memoria incluyendo la potenciación a largo plazo (PLP), el cual está involucrado en el proceso de condicionamiento y memoria (González-González, 2014). El PLP contribuye a consolidar los recuerdos traumáticos. La sobreexposición a glutamato podría contribuir a la disminución neuronal en el hipocampo y la corteza prefrontal en los pacientes con TEPT (Nair & Ajit 2008).

Neuropéptido Y: El Neuropéptido Y (NPY) es un neuropéptido con propiedades ansiolíticas y de atenuación del estrés. Inhibe el circuito FLC/NA involucrado en la respuesta al estrés y miedo, y reduce los niveles de NA en las células del SNA simpático. Una disminución relativa del NPY puede promover una respuesta desadaptativa al estrés y contribuir al desarrollo de TEPT (González-González, 2014).

Opioides Endógenos: La alteración en los péptidos⁷ endógenos está involucrada en síntomas del TEPT como el adormecimiento, analgesia inducida por el estrés, y disociación⁸.

Disparadores de una reacción de TEPT

El cerebro – específicamente la memoria contextual del hipocampo – adjunta detalles, como imágenes u olores, a un recuerdo, en este caso concreto, del evento traumático. Estos recuerdos se convierten en desencadenantes o disparadores. Actúan como botones que encienden el sistema de alarma de su cuerpo. Cuando uno de ellos es activado, el cerebro cambia al modo de peligro, lo cual provoca que el mecanismo del miedo traumático se active (véase apartado “Neurobiología del miedo traumático, pag 48”) y se ponga en funcionamiento los recursos para enfrentarlo; materializándose en la persona como sensación de susto y que su corazón comience a acelerarse. Las imágenes, los sonidos y los sentimientos del trauma pueden regresar rápidamente (Bhandari, 2019).

Cualquier cosa que le recuerde a lo que sucedió justo antes o durante una experiencia traumática es un desencadenante potencial. Por lo general, los recuerdos están atados a los sentidos. Es posible que la persona sienta, huelga, toque o pruebe algo que le provoque sus síntomas. Si bien los disparadores en sí mismos generalmente son inofensivos, hacen que su cuerpo reaccione como si estuviera en peligro y pueden llegar a producir una re-traumatización. Por esta razón es imprescindible aprender a identificar los estímulos que actúan como disparador en una persona con TEPT y evitarlos conscientemente. A continuación, se presentan algunos ejemplos de posibles disparadores enlistados por Bhandari (2019):

⁷**Péptidos:** Moléculas compuestas a partir de los vínculos que entablan ciertos aminoácidos.

⁸**Disociación:** Fenómeno que alude a la desconexión que sufren algunas personas entre sus pensamientos, sus emociones, sus recuerdos y su propia identidad.

- **Personas.** Ver a una persona relacionada con el evento traumático puede desencadenar una reacción de TEPT. O alguien puede tener un rasgo físico que es un recordatorio. Por ejemplo, si la persona fue asaltada por un hombre con barba, otros hombres con barba pueden traer recuerdos del evento.
- **Pensamientos y emociones.** La forma en que la persona se sintió durante un evento traumático (miedo, impotencia o estrés) podría causar síntomas.
- **Cosas.** Ver un objeto que le recuerde el trauma puede detonar los síntomas de TEPT.
- **Aromas.** Los olores están fuertemente ligados a los recuerdos. Por ejemplo, alguien que sobrevivió a un incendio podría enojarse por el olor a humo de una barbacoa, o si alguien que ha sufrido un abuso sexual siente el olor a sudor, esto le puede generar miedo o asco.
- **Lugares.** Regresar a la localidad o escena de un evento traumático a menudo es un desencadenante. O un tipo de lugar, como un pasillo oscuro, puede ser suficiente para provocar una reacción.
- **Programas de televisión, noticias y películas.** Ver un evento traumático similar a menudo desencadena síntomas. Esto incluye escenas de un programa de televisión o película, o un informe de noticias.
- **Sentimientos.** Algunas sensaciones, como el dolor, son desencadenantes. Para los sobrevivientes de asalto, un toque en cierta parte del cuerpo puede conducir a experimentar angustia.
- **Sonidos.** Escuchar ruidos, canciones o voces específicas puede traer recuerdos del evento traumático. Por ejemplo, a un veterano escuchar el escape de un automóvil puede recordarle a los disparos.

Factores que influyen en el desarrollo del TEPT

a. Factores previos al acontecimiento

- Exposición previa a experiencias traumáticas, acontecimientos vitales adversos, o haber experimentado directamente (o como testigo) durante la infancia situaciones de descuido o abuso físico, sexual o emocional.
- Depresión o ansiedad previa de carácter no situacional que influye en la química cerebral.
- Habilidades de enfrentamiento ineficaces.
- Inestabilidad familiar, lo que incluye historial de trastornos psiquiátricos, numerosas separaciones infantiles, problemas económicos o violencia familiar.
- Historial familiar de conducta criminal o antisocial.
- Problemas con la autoridad, aun en la infancia, lo que incluye escapar de casa, expulsión temporal de la escuela, bajo rendimiento escolar, delincuencia, peleas o absentismo escolar.
- Falta de apoyo social que pueda facilitar la superación de los momentos difíciles.

- Pérdida temprana de personas, posesiones u hogar.
- El género, ya que la probabilidad de que las mujeres desarrollan TEPT en algún momento de su vida, es el doble que la de los hombres.
- La edad, debido a que es más probable el desarrollo de TEPT en los jóvenes de menos de 25 años (Foa, Keane & Friedman 2000).
- Cuestiones genéticas, pues los miembros de algunas familias parecen tener una mayor tolerancia al trauma (Meichenbaum, 1994).

b. Factores que rodean el acontecimiento

También existen factores ligados a la persona que aumentan, durante el acontecimiento, la probabilidad de desarrollar TEPT (Williams, 2015). Entre ellos cabe destacar:

- Proximidad geográfica al acontecimiento.
- Grado de exposición al acontecimiento, lo que correlaciona positivamente con la probabilidad de desarrollar TEPT.
- Significado que tiene el acontecimiento para la persona.
- Hallarse implicado en un acontecimiento traumático provocado intencionalmente por el ser humano.
- Perpetrar o presenciar una atrocidad, es decir, un acto muy brutal y espantoso (como el asesinato deliberado de niñas y niños).

c. Factores que suceden al acontecimiento

- La última de las categorías de los factores de riesgo del TEPT engloba a los que tienen lugar después del acontecimiento traumático, muchos de los cuales alientan el crecimiento y la resiliencia (Williams, 2015). Entre ellos cabe destacar:
- Ausencia de un buen apoyo social.
- Sumirse en la autocompasión y el rechazo por uno mismo (mentalidad de víctima).
- Ser más pasivo que activo, es decir, dejar que las cosas sucedan.
- Ser incapaz de dar sentido al sufrimiento.
- Experimentar, durante el acontecimiento traumático o poco después, una reacción inmediata de arousal fisiológico (aumento de la presión sanguínea, reacción de sobresalto, etcétera) y síntomas de evitación o embotamiento.

Efectos del TEPT

El TEPT puede dar lugar a diferentes trastornos, tanto en el plano físico como en el psicológico. Estos trastornos, de no tratarse a tiempo, pueden llegar a volverse crónicos.

a. Problemas de adaptación y evitación

La suma de la evitación con los trastornos anteriores comentados, crean una serie de problemas de adaptación en el individuo, que le impiden llevar una vida normal. Es corriente encontrar la evitación de recuerdos y pensamientos asociados al suceso traumático, así como la evitación de recordar a personas y elementos externos que despierten ese evento en cuestión (Beristain, 2012). A su vez, se producen una serie de creencias y expectativas negativas que crean una visión distorsionada de uno mismo y del mundo que le rodea, ocasionando los problemas de adaptación que comentamos.

b. Trastornos crónicos

Un efecto culminante y que ya se ha comentado con anterioridad, es que las persistencias de traumas psicológicos en el tiempo pueden ocasionar una serie de efectos crónicos. Por ello, resulta necesario tratar este tipo de situaciones a tiempo a través de un especialista en salud mental que pueda ayudar con la terapia adecuada (Santiago, 2019). Los principios terapéuticos se encuentran descritos en el Capítulo 3: “Abordando las reacciones ante experiencias traumáticas” del presente módulo, con el objeto de tener una comprensión de los principales abordajes terapéuticos utilizados en el tratamiento de TEPT.

The background is a solid purple color. In the top left, there is a large, irregular pink shape with a black outline. In the top right, there are several overlapping, semi-transparent purple circles of varying sizes. In the bottom right, there is a teal puzzle piece with a black outline. In the bottom left, there is a wavy, light purple shape.

Capítulo 3

Abordando las experiencias traumáticas

Capítulo 3: Abordando las reacciones ante experiencias traumáticas

Mensaje clave: Cuando alguien se encuentra en una situación peri-traumática, no es conveniente abordar el trauma. Lo que sí es siempre pertinente, independiente de la capacitación que tenga la persona que asesora, es un abordaje sensible al trauma, que ayude a estabilizar y que no re-traumatice a la persona.

Es importante que se tenga en cuenta que hay herramientas que únicamente deben ser utilizadas por personal especializado en psicología o psiquiatría, específicamente la traumaterapia. Sin embargo, existen diversidad de manifestaciones o reacciones que la persona afectada puede presentar posterior al evento, como dolores de cabeza, malestar estomacal, problemas de concentración, momentos en los que los recuerdos del evento pueden invadir su mente y generar crisis emocionales, hipervigilancia, entre otros; estas reacciones pueden ser abordadas por personal multidisciplinario, en especial en algunos contextos donde es limitado el acceso a atención especializada por diversos motivos como: falta de recursos en la localidad o por exceso de demanda de trabajo para este tipo de atención.

Respecto a lo anterior, resulta importante reforzar y aprender diversas herramientas que permitan disminuir el malestar relacionado y la posibilidad de complicaciones, así como orientar de forma oportuna cuando la evolución de las reacciones empeore, retomando los indicadores de TEPT presentados en el capítulo anterior, donde la derivación es necesaria. Así mismo se considera de gran utilidad que el equipo multidisciplinario que atiende a personas en situación de vulnerabilidad sea conocedor de herramientas pertinentes y sea consciente de cuáles de éstas puede poner en práctica, tomando en cuenta sus habilidades y su rol en el acompañamiento. Para ello, cada técnica presentada en este capítulo tiene definidas situaciones y por quienes pueden ser implementadas y hacia qué población va dirigida, como niñez, adolescencia, juventud o comunidades.

Las herramientas aquí presentadas representan una muestra del abanico de posibilidades que significa la intervención y el abordaje, cada una con un resultado diferente en cada persona. Es por ello que se invita a leer con amabilidad, tolerancia y flexibilidad las diversas técnicas, a practicarlas y a explorar más allá de lo aquí escrito.

Antes de iniciar cualquier intervención o abordaje es necesario tener en consideración las siguientes indicaciones. Estas son tan importantes como la aplicación de cualquier técnica, ya que son la puerta de entrada de la empatía y el acompañamiento tal como se presentó en el Módulo 1: “Acompañamiento psicosocial de niños, niñas y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular”.

Ante una persona que ha experimentado un evento traumático es necesario tener en cuenta las consideraciones enlistadas en la Tabla 7 (revise Módulo 2 “Atención en Crisis”).

Tabla 7. Consideraciones ante una intervención o abordaje

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Sea empático • Pregunte a la persona sobre cómo se siente en el presente. • Escuche con atención y respeto, monitoreando sus propias reacciones para no incrementar la angustia de la persona. • Infunda confianza. Es importante que la persona sepa que no está loca. • Ayude a entender que no está sola/o (ayude a identificar redes de apoyo). • Ayude a la persona a recuperar el control dándole información verídica y dejando que tome sus propias decisiones respecto a los procesos y servicios que refiere. • Brinde información clara. • Muéstrese comprensivo/a, empático/a y con una actitud de servicio. • Reconozca sus limitaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como profesional, no se muestre nervioso/a o inseguro/a en lo que tiene que hacer. • No interrumpa el discurso de la persona que atiende, los silencios o el llanto. • No minimice la situación (“No te preocupes”, “Hay cosas peores”). • Tampoco maximice. • No abra heridas que no puede cerrar. • No aconsejar. • No re victimizar. • No juzgar. • No presionar. • No etiquetar. • No provocar “catarsis”.

Sugerencias para acompañar después del Evento Potencialmente Traumático

a. Con niñas y niños

Muchas veces cuando una niña o un niño es superado por un EPT se queda atrapada/o en este modo de supervivencia que está diseñado en el organismo para activar respuestas defensivas de corto plazo, pero que se quedan activadas con el tiempo y dejan de tener su función positiva para convertirse en síntomas. No es el evento en sí, sino la forma, el cómo lo significa y su capacidad de responder al evento, ya que hay una fuerte activación del sistema nervioso autónomo (SNA es la parte del sistema nervioso que se encarga de controlar y regular los órganos internos el corazón, el intestino, sin necesidad de realizar un esfuerzo consciente por parte del organismo).

Las niñas y los niños son a menudo expuestos a EPT en sus hogares, en la escuela, en las comunidades y especialmente en el ciclo migratorio. Es importante considerar que no se trata de “salvar” ni de “curar”, sino de que las niñas, niños y adolescentes potencialicen sus recursos, siendo nosotros o el adulto responsable quien acompañe como referencia y apoyo, por lo que hay que tener en cuenta las sugerencias descritas en la

Tabla 8. Tabla 8. Sugerencias de acompañamiento de niñas/os

<p>1. Haga que la niña o el niño se sienta a salvo</p>	<p>Todas y todos los NNAJ, se beneficiarán de tiempo extra para sentirse protegidas/os. Esto les da una sensación de seguridad, la cual es muy importante después de un evento atemorizante o perturbador. Tener especial cuidado de no tocar o dar abrazos a niñas y niños abusados sexualmente, ya que puede provocar la re-experiencia del momento.</p>
<p>2. Actúe de manera calmada</p>	<p>Las niñas y niños buscan refugio en personas adultas para reconfortarse después de que han ocurrido eventos traumáticos. No hable acerca de sus ansiedades con ellas/os, o cuando estén cerca, y esté consciente del tono de su voz, ya que NNA notan la ansiedad rápidamente.</p>
<p>3. Mantenga las rutinas tanto como se pueda</p>	<p>En medio del cambio, las rutinas les aseguran a las niñas y niños que la vida volverá a estar bien. Trate de tener horarios regulares para comer y dormir. Si está sin hogar o se mudó temporalmente, establezca nuevas rutinas. Y mantenga las mismas reglas familiares.</p>
<p>4. Ayude a que las niñas y niños disfruten</p>	<p>Estimularles a realizar actividades y a jugar con sus pares les da sensación de normalidad. Además, el juego permite que potencialicen una conexión interna que potencialice emociones positivas como la alegría, fortaleciendo su capacidad de gozar y relacionarse con su entorno.</p>
<p>5. Comparta información acerca de lo sucedido</p>	<p>Siempre es mejor conocer los detalles de un evento traumático de la mano de una persona adulta de confianza y en un ambiente seguro. Sea breve, honesta/o y permita a las niñas y niños hacer preguntas. No asuma que las niñas y niños se preocupan acerca de las mismas cosas que las personas adultas, por lo que es importante que la conversación se realice de forma sencilla, en confianza y desde las necesidades e interrogantes que plantee la niña o el niño.</p>
<p>6. Elija buenos momentos para hablar</p>	<p>Busque oportunidades naturales para tratar el tema, sin forzar la comunicación hacerle saber que se está para apoyar y que es libre de hablar o callar, contando con el apoyo siempre que lo necesite.</p>

<p>7. Prevenga o limite la exposición a la cobertura de noticias</p>	<p>Esto es especialmente crítico con niñas y niños en edades desde preescolar hasta edad escolar, ya que el ver el recuento de los eventos perturbadores en televisión, en el periódico, o escucharlos en la radio, puede hacerles parecer que continúan sucediendo. Si creen que los eventos son temporales pueden recuperarse más rápidamente de los mismos.</p>
<p>8. Entienda que las niñas y niños enfrentan las cosas de maneras diferentes</p>	<p>Algunas/os querrán pasar tiempo extra con sus amistades y familiares; algunas/os podrían querer pasar más tiempo a solas. Déjeles saber que es normal experimentar enojo, culpa y tristeza, y expresar las cosas de diferentes maneras; por ejemplo, una persona puede sentirse triste pero no llorar.</p>
<p>9. Escuche bien</p>	<p>Es importante entender cómo la niña o niño ve la situación y qué es confuso o inquietante para él o ella. Asuma una actitud comprensiva. Haga saber a las niñas y niños que está bien que le digan cómo se sienten en cualquier momento.</p>
<p>10. Reconozca como válido lo que la niña y niño está sintiendo</p>	<p>Si una niña o niño confiesa una preocupación, no responda: “Oh, no te preocupes”, porque ellos y ellas podrían sentirse avergonzados/as o criticados/as. Simplemente confirme lo que está escuchando: “Sí, entiendo por qué estás preocupado/a”.</p>
<p>11. Sepa que está bien contestar, “yo no sé”</p>	<p>Lo que las niñas/os más necesitan es alguien en quien puedan confiar para escuchar sus preguntas, aceptar sus sentimientos, y estar ahí para ellos/as. No se preocupe por saber exactamente qué es lo correcto que debe decir; simplemente, acompañe con respeto, honestidad y solidaridad.</p>
<p>12. Tenga en cuenta que la preguntas pueden persistir</p>	<p>Debido a que la secuela de un EPT puede incluir situaciones que cambian constantemente, las niñas/os pueden tener preguntas en más de una ocasión. Hágales saber que está lista/o para hablar en cualquier momento. Es importante comprender que necesitan digerir información en su propio tiempo y las preguntas podrían llegar de la nada.</p>

<p>13. No les dé demasiada responsabilidad</p>	<p>Es muy importante no sobrecargarles con tareas, o darles tareas de adultas/os, ya que esto podría ser muy estresante para ellas y ellos. En vez de eso, para el futuro cercano debe bajar las expectativas de las tareas del hogar y las demandas de la escuela, aunque es bueno ponerlos a que hagan por lo menos algunos de los quehaceres del hogar.</p>
<p>14. Proporcione ayuda especial a niñas y niños con discapacidad</p>	<p>En este caso, podrían requerir más tiempo, apoyo y guía que otras/os niñas y niños. Es posible que tenga que simplificar el vocabulario que usa, y repetir las cosas con más frecuencia. También puede que necesite personalizar la información según la fortaleza individual; por ejemplo, un niño con una dificultad de aprendizaje del lenguaje puede que entienda mejor la información a través del uso de materiales visuales u otras maneras de comunicación a las que esté acostumbrado/a.</p>
<p>15. Ayude a niñas y niños a relajarse con ejercicios de respiración</p>	<p>Respirar desde el abdomen de manera profunda puede ayudar a que se calmen. Puede agarrar una pluma o una bolita de algodón frente a la boca de la niña/o y pedirle que la sople, soltando el aire lentamente. O puede decir, “Vamos a respirar lentamente mientras cuento hasta tres, luego deja salir el aire mientras cuento hasta tres”. Ponga un peluche o almohada en la barriga mientras está acostada/o boca arriba y pídale que inhale y exhale lentamente y mire el peluche o almohada subir y bajar.</p>
<p>16. Esté pendiente a señales de trauma</p>	<p>Dentro del primer mes es común que las niñas/os y niñas parezcan estar bien. Después de eso, la sensación de anestesia desaparece y podrían experimentar más síntomas; especialmente quienes han presenciado lesiones o muerte han perdido familiares cercanos, experimentaron trauma previamente en sus vidas, o quienes no se han reubicado en un nuevo hogar.</p>
<p>17. Sepa cuándo debe buscar ayuda</p>	<p>A pesar de que la ansiedad y otros problemas pueden durar por meses, busque ayuda de inmediato de un profesional de salud mental si no disminuyen o si la niña o niño comienza a escuchar voces, ver cosas que no están ahí, vuelve a presentar conductas de etapas previamente superadas, experimenta ataques de pánico, o tiene pensamientos de querer hacerse daño a sí misma/o o a otras personas.</p>

Fuente: Elaboración propia adaptado de “Cómo ayudar a los niños traumatizados. Una breve descripción para los cuidadores del niño”, por Perry (2014a).

b. Con adolescentes

Es importante estar pendientes del comportamiento que presenten las y los adolescentes, y sobre todo los que se encuentran en los lugares de tránsito migratorio, ya que es muy frecuente que durante el trayecto al destino los adolescentes experimenten un EPT.

La forma de reaccionar más común y menos saludable que pueden usar los y las adolescentes traumatizadas/o es el abuso y/o la dependencia de alcohol o drogas.

Si la/el adolescente ha experimentado un trauma y si el trauma es recurrente o tiene la posibilidad de volver a presentarse, háblele de las maneras para minimizar el riesgo de traumas futuros. A continuación, se mencionan en la Tabla 9 otras maneras en que usted puede apoyar durante este tiempo:

Tabla 9. Sugerencias de acompañamiento de adolescentes

1. Anime al adolescente a que le platique acerca del evento (sin presionarlo).	Incluya en qué manera su vida ha sido afectada desde que sucedió el evento y en qué manera las cosas han permanecido igual. Para ayudar que resuelva los sentimientos de culpabilidad, platique sobre cómo poder decir con mayor precisión la diferencia entre las cosas que es responsable y las cosas que no es responsable.
2. Anime a expresarle a usted sus sentimientos acerca del evento.	Las y los adolescentes expuestos a trauma pueden sentir vergüenza y estar muy conscientes respecto a sus reacciones emocionales y preocuparse de cómo estos sentimientos las hacen diferentes a sus amistades. Sea solidaria/o y no haga críticas.
3. Ayúdele a manejar los sentimientos de injusticia, vergüenza, culpa y enojo	Que la o el adolescente exprese sus sentimientos es muy importante, que se sienta apoyada/o en identificar a los responsables de lo sufrido y no culparse, es doblemente importante para trabajar su manejo de emociones. Ante el enojo es importante significarlo como un sentimiento y/o emoción útil ante situaciones que nos molestan o nos parecen injustas, eliminando la culpa por sentirlo y ayudándole a expresarlo.
4. Ayúdele a manejar los pensamientos de frustración, autculpa y auto descalificación	El haber sufrido un evento traumático puede causar un cambio radical en la manera de auto concebirse como joven y de percibir al mundo. Es necesario estar consciente que las emociones experimentadas por un evento traumático van acompañadas de una serie de pensamientos frustrantes y auto descalificadores que pueden generar anclajes y fijaciones del pasado sufrido, por lo que es importante ayudarles a hacerse un replanteamiento de su proyecto de vida desde nuevas actitudes y formas positivas de enfrentar la vida.
5. Ayudar a encontrar alternativas constructivas	Reconozca que las y los adolescentes pueden actuar o comportarse de forma auto-destructiva en un intento para expresar sus emociones. Esto disminuirá sus sentimientos de desesperanza. Ayúdele a encontrar formas de afrontamiento y proyectos que potencialicen su motivación y esperanza en el futuro y su papel activo en su construcción.

<p>6. Esté presente para ofrecer apoyo cuando él/ella recuerde el evento y se altere</p>	<p>Ayudarle a que identifique las señales en el entorno que le recuerdan el evento traumático, puesto que éstos pueden llevar a una pérdida de control emocional o de comportamiento. Brindarle un entorno seguro, afectuoso, de confianza y calma pueden ayudarlo a estabilizarse emocionalmente disipando la exacerbación de emociones negativas.</p>
<p>7. Sea flexible a las tensiones que ha causado en las relaciones de los miembros de la familia</p>	<p>Si el evento afectó a toda la familia, cada persona en su familia habrá experimentado el evento en una manera diferente y con una reacción personal diferente. Ser comprensivos y normalizar estas reacciones como parte de la reestructuración del sistema familiar permite que cada persona pueda ir resignificando su rol y sus emociones de forma autónoma y en interacción con los demás miembros del sistema familiar.</p>

Fuente: Elaboración propia adaptado de “Cómo ayudar a los niños traumatizados. Una breve descripción para los cuidadores del niño” por Perry (2014a).

Respecto al abordaje de las experiencias traumáticas con niñas, niños, jóvenes y adolescentes, Aldeas Infantiles SOS (2019) considera que el objetivo debe ser: prepararlos para una vida plena y satisfactoria, la intervención no debe enfocarse exclusivamente a la reducción o desaparición de las reacciones, sino a que se desarrolle su mejor versión, que sean personas sanas dentro de sus particularidades y unicidad. A continuación, se presenta una serie de herramientas y tipos de abordaje de experiencias traumáticas (ver Tabla 10). En el primero bloque se encuentran herramientas dirigidas a regular las reacciones fisiológicas, donde la respiración es uno de los elementos principales para reducir tensiones fisiológicas.

En el segundo bloque se presenta una serie de herramientas dirigidas a reducir las emociones desagradables y comprensión de las reacciones ante un evento traumático, en estas la información que se brinda a las personas juega un rol importante, así como conectar con el presente.

Finalmente, en el tercer bloque se presenta una serie de abordajes para profesionales de la salud mental.

Tabla 10. Tipos de abordaje de experiencias traumáticas

<p>1. Abordaje de reacciones fisiológicas.</p>	<p>Herramienta 1. El Globo Herramienta 2. Respiración consciente Herramienta 3. Respiración Diafragmática Herramienta 4. Respiración alterna Herramienta 5. Escaneo corporal Herramienta 6. El jinete Herramienta 7. La posición de la reina/del rey.</p>
---	---

<p>2. Abordaje de emociones desagradables</p>	<p>Herramienta 8. Mindfulness Herramienta 9. Viviendo el Aquí y el Ahora Herramienta 10. El Abrazo de la Mariposa Herramienta 11. Psicoeducación Herramienta 12. Funciones de Auto-apoyo Herramienta 13. El Lugar Seguro/Anclaje Herramienta 14. Plan de Seguridad Herramienta 15. “Las estatuas” Herramienta 16. Locutor Herramienta 17. Lugar seguro (para niños) Herramienta 18. El árbol familiar Herramienta 19. Pautas de abordaje pérdida ambigua Herramienta 20. Nuestras molestias</p>
<p>3. Abordajes específicos de profesionales de la psicología y psiquiatría.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo conductual • Terapia de exposición narrativa • Terapia EMDR • Terapias psicodinámicas • Debriefing o CISD • Abordaje farmacológico

Abordaje de reacciones fisiológicas:

El objetivo general de estas herramientas es disminuir el nivel de activación. La respiración trabaja con las funciones de contacto (ver, oír, tocar, oler, probar). Algunas niñas y niños llegan con una hiperactividad ansiosa. Lo que se puede hacer es el trabajo enfocado en “aterrizarles”, regresándoles a su cuerpo a través del movimiento, de la respiración y del restablecimiento de sus funciones de contacto con el medio. Al estar el trauma alojado a nivel del cerebro instintivo, el juego de la niña o niño parece hiperactivo, instintivo y descontrolado o por el contrario desmotivado, ausente y apagado. Se recomienda ampliamente realizar técnicas de respiración.

Herramienta 1. El globo

La actividad comienza con una explicación general y visual para las niñas y los niños: “El día de hoy todos nosotros nos convertiremos en un globo, por tanto, nos inflaremos y nos desinflaremos como lo hace un globo. Para inflarnos inhalaremos aire profundamente y estiraremos lo más que se pueda las extensiones de nuestro cuerpo, manos y brazos. Cuando llegue el turno de exhalar, expulsaremos el aire de nuestro cuerpo lentamente y centraremos las extensiones de nuestro cuerpo. Recuerden que todos los movimientos son lentos y con suavidad.”



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
Niñas y niños

Desarrollo:

Se dan las instrucciones del juego paso a paso, a medida que se va desarrollando el juego. (Padilla, 2014).

1. ¡Vamos a jugar al globo! Empezaré por explicarlo: “Ustedes, miran y escuchan”. Luego lo realizaremos juntos.
2. En este juego, te conviertes en un globo que se infla y se desinfla.
3. Yo acciono la bomba de aire (hacer la acción) y ustedes se inflan.
4. Llenan sus pulmones de aire, haciendo que el vientre se llene de éste, a la vez que levantamos los brazos. “Así”.
5. Se hacen grandes, grandes, grandes, como un globo inflado. Se pueden poner de puntillas (tres o cuatro segundos).
6. Después ponen las manos en el vientre para dejar salir el aire como un globo que se desinfla (botas el aire lentamente por la boca).
7. Entonces el vientre se queda plano como un globo desinflado.
8. Se mueven en todas direcciones como un globo que se está desinflando (inflar y desinflar el globo dos, tres o cuatro veces).
9. La última vez, desinflas tu globo hasta que esté bien vacío. Se echan al suelo. Sus piernas y brazos también están desinflados. Descansan un poco.
10. Duración: de 5 a 7 minutos aproximadamente.

Herramienta 2. Respiración consciente

La respiración es energía vital. Cuando se restringe, disminuye nuestra propia energía. La respiración profunda expande los pulmones y le permite al corazón empezar a latir más lentamente. La respiración puede modificar estados emocionales, relajar, moviliza las vísceras, para acompañar o modificar placer o dolor (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC, 2017).



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ y personas adultas.

Desarrollo:

1. En la posición que se encuentre, fije su atención en algún punto y objeto.
2. Lentamente inhale por nariz (o por la boca si tuviera la nariz congestionada) y exhale por la boca.
3. Realice una pausa hasta que llegue una nueva respiración.
4. Respire entre seis y diez veces por minuto (son más o menos la mitad de las respiraciones que el ritmo normal).
5. Exhale en silencio, mantenga su boca ligeramente abierta y relajada. La exhalación debe sonar como un suspiro relajante.
6. Mantenga los hombros abajo y relajados. El pecho y el vientre se relajan de modo que puedan hincharse cuando inhale y vuelve a su forma normal cuando exhala.
7. A veces un bostezo es una forma de finalizar la respiración.

Herramienta 3. Respiración diafragmática



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ y personas adultas

Desarrollo:

1. Explíquelo a la persona detalladamente la lógica del ejercicio: “La forma como respiramos modifica nuestras emociones. Cuando botamos el aire nos relajamos más que cuando inspiramos (al contrario de lo que se suele creer), por lo que podemos entrar en un estado de calma si prolongamos el tiempo en que nuestros pulmones están vacíos...”.
2. Explíquelo y demuestre a la persona la mecánica del ejercicio: “El ejercicio se trata de que usted inspire en cuatro tiempos, exhale en cuatro tiempos y aguante cuatro tiempos más antes de volver a inspirar. Ahora mire como yo lo hago... [hágalo usted misma/o].”
3. Acompañe a la persona a hacer el ejercicio: “Ahora lo hará usted, y yo le acompañaré”. Recordándole cómo debe hacerlo. “Inspire... dos, tres, cuatro... exhale, dos, tres cuatro... aguante, dos tres, cuatro...” [repita el ciclo por uno o dos minutos acompañando a la persona]. “Mientras exhala puede pensar en la palabra calma”.
4. Indique a la persona que lo haga diariamente por diez minutos, tres veces al día (mañana, tarde y noche) y cada vez que se sienta angustiada. Puede ayudarse con la aplicación Breath pacer o Paced Breathing disponible para celulares: “Le voy a pedir que realice este ejercicio durante 10 minutos todos los días en la mañana al despertar, después de almuerzo, antes de irse a dormir y cada vez que sienta que está comenzando a angustiarse mucho. Mientras más use esta técnica, más fácil será la próxima vez que la use” (UNODC, 2017).

Herramienta 4. Respiración alterna

Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ y personas adultas

Desarrollo:

1. Utilizar una posición cómoda y relajada.
2. Colocar el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anular y medio en la izquierda.
3. Tapar el lado derecho de la nariz con el pulgar e inspirar con la izquierda lenta y tranquilamente.
4. Separar el pulgar y tapar con los otros dedos la ventana izquierda.
5. Espirar por la ventana derecha.
6. Mantener el aliento un instante e inspirar por la derecha, manteniendo cerrada la izquierda. Cuando se desee espirar debe hacerse por la izquierda. (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Herramienta 5. Escaneo corporal



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
Personas adultas

Desarrollo:

1. Se invita a la persona a que adquieran una postura cómoda.
2. Hacer 3 respiraciones profundas para iniciar.
3. Hacer un barrido sistemático en el cuerpo con la mente, llevando una atención interesada, afectuosa y abierta a sus diversas partes.
4. Habitualmente empezando por los dedos del pie izquierdo y después moviéndonos a través de todo el pie (la planta del pie, el talón, el antepié) subiendo por la pierna izquierda, incluyendo el tobillo, la espinilla y el gemelo; la rodilla y la rótula, el muslo entero y la cadera.
5. Se va a los dedos del pie derecho y a las otras regiones del pie, siguiendo con la pierna derecha del mismo modo que la pierna izquierda.
6. Desde ahí, la atención se mueve, despacio y sucesivamente a toda la parte pélvica, incluyendo las caderas de nuevo, la parte baja de la espalda, el abdomen.
7. Después el torso superior (la parte alta de la espalda, el pecho y las costillas, el corazón, los pulmones, los omóplatos, las clavículas y los hombros).
8. De los hombros, se pasa a los brazos, a menudo haciéndolos ambos al mismo tiempo, empezando por las puntas de los dedos y pulgares y moviéndonos sucesivamente a través de los dedos, las palmas de las manos y su reverso, las muñecas, los antebrazos, los codos, la parte superior de los brazos, las axilas y los hombros de nuevo.
9. Se pasa al cuello y la garganta, y se termina con la cara y la cabeza.
10. Se les pide que abran poco a poco los ojos.
11. Se hacen 3 respiraciones profundas para finalizar.

Sensaciones que se pueden sentir durante el escaneo:

Sensaciones físicas: Hormigueo, ardor, apretado/suelto, una punzada o pinchazo, suave/duro erizado, tenso/flexible, adormecido, ligero/pesado, tembloroso, martilleo, punzante, tirantez, adormecimiento, picor, palpitación, ligereza, quemazón, latido temblor, vibración, desazón, dolor, tenso/relajado, frío/caliente, húmedo/seco, apagado/ cortante.

Reacciones emocionales: Alegría, sorpresa, impaciencia/ganas de parar, aburrimiento, placer/ganas de continuar, tristeza, miedo, duelo, orgullo, enfado, frustración, anticipación, vergüenza, liberación, asco.

Pensamientos que pueden ocurrir: Revisar el pasado, planear, evaluar/analizar, desear/esperar/comparar, etiquetar, catalogar, imaginar el futuro, pensar en otros, pensamiento circular, juzgar tu experiencia.

* **Nota:** Si en cualquier momento se experimentan molestias demasiado grandes, se entra en pánico o se siente miedo, concentrarse en su respiración hasta que se sienta mejor. Si a pesar de ello los síntomas no se reducen, intentar abrir los ojos, mirar la habitación para orientarse mejor, tal vez mirar algo que calme y tranquilice (por ejemplo, un cuadro favorito o una foto de su mascota). Hasta se puede contactar con un amigo/a, dar un paseo o tomar una infusión. Cuidar de sí mismo/a, incluso si eso significa interrumpir el ejercicio, es atención plena en acción.

Herramienta 6. “El Jinete”

Esta es una herramienta de relajación que puede implementarse con niñas/os y niños de corta edad, siendo útil para el manejo de la ansiedad.



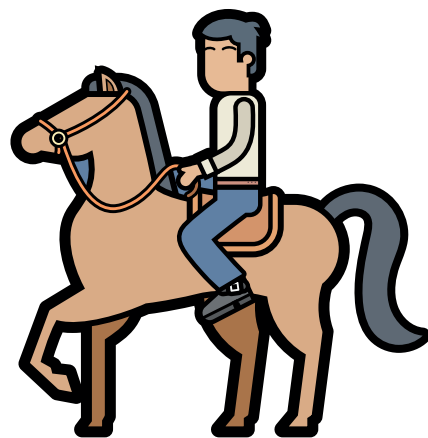
Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a:
Niñas y niños (3- 9 años)

Desarrollo:

1. Pregunte a la niña o niño si alguna vez ha visto un carruaje e indíquele que jugarán a ser jinetes. Para lo cual deberán ubicarse en posición.
2. Solicite que tome asiento, ubicándose en la orilla de la silla, separando ambas piernas un poco más del ancho de sus hombros, y asegurándose que sus pies tocan el suelo.
3. Luego pida que se incline levemente hacia adelante, como si estuviesen sosteniendo los lazos que guían a unos caballos.
4. Les pide que a la cuenta de “3”, deben dejar caer su torso hacia adelante, como si se recostara sobre el caballo.
5. Pida que repita 3 veces el ejercicio.



Herramienta 7. “La posición de la reina / del rey.”

La herramienta permite trabajar la respiración controlada con niñas y niños pequeños, de manera que con la práctica puedan tener control sobre su respiración y posición corporal.



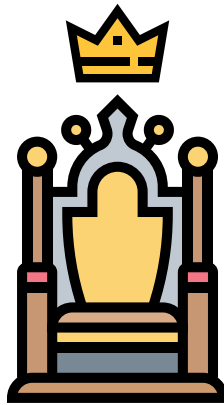
Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
Niñas y niños (3- 9 años).

Desarrollo:

1. Pregunte a la niña o al niño si alguna vez ha visto cómo se sientan los reyes en las películas o series.
2. Dígale que jugarán a ser reyes/reinas. Invítele a tomar asiento en su trono, y explique la postura que debe asumir.
3. Indique deben apoyar su espalda al respaldo de la silla, separar sutilmente las piernas y ubicar sus brazos sobre sus piernas, con palmas de las manos abiertas hacia arriba.
4. Oriente sobre la importancia de inclinar su espalda, ya que esto facilita la entrada de aire a los pulmones.
5. Indique que inhalaran despacio por su nariz experimentando como sus pulmones se llenan de aire y dejándolo salir suavemente.



Abordaje de emociones desagradables

Este tipo de herramientas ayudan a la persona a procesar y entender mejor el evento generador de trauma, gestionando sus emociones y generando una mayor comprensión de lo ocurrido.

Herramienta 8. DROP- Mindfulness

Mindfulness es la capacidad humana universal y básica, que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento (Simón, 2007). Recuperar nuestra capacidad de lo que sucede en tiempo presente. Esta técnica de atención plena se puede realizar cuando se dispone de poco tiempo, se encuentra bajo tensión y estresado.



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ y personas adultas

Desarrollo:

DROP (Detener, Respirar, Observar, Proceder)

1. **Detener:** de cualquier actividad que se encuentre realizando.
2. **Respirar:** respire con atención, sienta como entra y sale el aire por su nariz, como baja por su garganta, pecho y llega a su abdomen.
3. **Observar:** cómo está, cómo se siente, sin cambiar lo que está experimentando. Permita sentirse.
4. **Proceder:** haga lo que necesite hacer o regrese a lo que estaba haciendo.

Herramienta 9. Viviendo el aquí y el ahora

Esta herramienta puede ser aplicada principalmente cuando existen flashbacks, o ansiedad relacionada a los recuerdos del evento. Permite ubicarse en el presente y junto con ejercicios de respiración permite conectar con el presente.



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
Jóvenes y personas adultas.

Desarrollo:

1. Pida a la persona que se ubique en una posición cómoda, esta puede ser sentado en una silla o en el suelo, acostado en el suelo o de pie.
2. Indique que en el ejercicio tratarán de prestar atención a sus cinco sentidos, e indique cuales son estos (vista, oído, tacto, gusto y olfato).
3. Pida que observe a su alrededor y trate de identificar 5 objetos a su alrededor, poniendo atención a estos. Pídale que los mencione y describa.
4. Ahora pídale que preste atención a los olores que hay a su alrededor y traten de distinguir 4 olores diferentes. Pídale que los mencione.
5. Pida que trate de identificar 3 sonidos que puedan escuchar de su alrededor y los mencione.
6. Indique que trate de encontrar 2 cosas con texturas diferentes a su alrededor, tocándolas presten atención a como estas se sienten e intenten describirlo para sí mismos.
7. Finalmente ofrezca alguno de los sabores para que puedan ser probados e identificados.

Herramienta 10. El Abrazo de la mariposa

Fue desarrollado en México y en el marco de traumaterapia focalizada en fortalecer los recursos de la persona. Se empleó para trabajar con grupos de niñas y niños tras el paso de un huracán, y desde entonces ha sido utilizado en todo el mundo para ayudar a aumentar los sentimientos positivos de un “lugar seguro”. (Shapiro, 2013)



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ y personas adultas.

Desarrollo:

1. En la posición sentado/a o acostado/a, cruce los brazos sobre el pecho.
2. La punta del dedo medio de cada mano debe quedar bajo la clavícula y el resto de los dedos y la mano deben cubrir el área que se encuentra debajo de la unión de la clavícula con el hombro y de la clavícula con el esternón, para ello, mano y dedos deben de estar lo más verticalmente posible (los dedos dirigidos hacia el cuello y no hacia los brazos).
3. Una vez hecho esto, se pueden entrelazar los dedos pulgares (formando el cuerpo de la mariposa) y los otros dedos formarán sus alas.
4. Se pueden cerrar los ojos o tenerlos semi-cerrados.

5. A continuación, se mueven las manos en un ritmo alternado, como si fuera el aleteo de una mariposa.
6. Se respira suave y profundamente (respiración abdominal), mientras se observa lo que pasa por la mente y por el cuerpo (pensamientos, imágenes, sonidos, olores, afectos y sensaciones físicas). Sin cambiarlo, sin juzgarlo y sin reprimirlo. Como si observaran nubes que pasan en el cielo. La duración de este ejercicio es mínima, cinco minutos.
7. Utilidad de la herramienta:
 - Genera sensaciones de seguridad.
 - Previene memorias traumáticas.
 - Sirve para enfrentar experiencias y situaciones traumáticas.
 - Se ha observado un efecto tranquilizante en las personas que lo han realizado.

* Nota: esta herramienta puede darte un sentido de equilibrio a medida que empiezas a explorar algunos de tus propios recuerdos no procesados. Inténtalo de nuevo. Si la estimulación bilateral te es útil, utilízala a diario. Si no es así, no la utilice. Recuerda que también puedes usar la técnica del cambio en la respiración para volver a los sentimientos positivos cuando estés angustiado/a. Utiliza el ejercicio de lugar seguro/tranquilo todos los días cuando te sientas bien, para asegurarte de que las emociones positivas se vuelven a cargar y se mantienen lo suficientemente fuertes como para ayudarte a deshacerte de la perturbación cuando sea necesario.

Herramienta 11. Psicoeducación

El objetivo de la psicoeducación es **informar y normalizar las reacciones**, teniendo a su vez un acuerdo de manejo de estrés el cual se elabora de manera conjunta buscando recursos, proporcionándoles una función activa en la reconstrucción de su equilibrio.

La psicoeducación debe proporcionar el manejo de estrés, respiración, vida regular y sana, estructura del tiempo, sueño, ocupación, elaborar en dialogo y ejercer hasta dominar.

La psicoeducación es una técnica que consiste en la entrega de información a la persona en aspectos referidos a su problemática, a manera de informarla en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones traumáticas (Belloso, García & De Prado, 2000). Es importante que la persona conozca las reacciones y la duración, y hacerle saber a la persona que lo que está sintiendo es normal.

Por su parte la psicoeducación comunitaria de eventos potencialmente traumáticos se realiza con las comunidades afectadas por un evento potencialmente traumático para brindarles información del evento acontecido, manejo de rumores, psicoeducación alrededor de posibles síntomas, manejo del estrés, identificación y fortalecimiento de recursos, etc.

Durante la psicoeducación individual (ver Anexo 1) y comunitaria es necesario informar sobre: Qué es el trauma, posibles reacciones físicas, emocionales, cognitivas y neurofisiológicas, duración de las reacciones, saber qué puedo hacer para sentirme mejor.



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ, personas adultas,
cuidadoras/es, padres y madres.

Desarrollo:

1. Genere Rapport: haga a la persona sentirse cómoda siendo amable y empática/o.
2. Pregunte a la persona en qué le puede ayudar o los motivos que le han llevado a buscar el apoyo en la institución en la cual usted labora.
3. Enfóquese en el aquí y ahora, no escarbe información sobre el pasado, sino trate de identificar que le está afectando en el presente.
4. Ayude a la persona a identificar necesidades.
5. Ayude a la persona a priorizar necesidades.
6. Naturalice las reacciones normales ante situaciones anormales. Es importante explicar el porqué de estas, y como se desarrolla el trauma, reduciendo la sensación de “estar loca/o”.
7. Brinde información a la persona sobre las instituciones que pueden apoyar en las necesidades priorizadas: que será lo que hará cada institución, el orden que debe seguir, indique cuales son algunas posibles preguntas que le realizarán, así como documentos que debe llevar consigo. (Es útil tener folletos de rutas institucionales y flujogramas que indiquen el paso a paso para los diferentes servicios).
8. Haga uso de su caja de herramientas, realice alguna técnica para reducir la posible ansiedad o tensión que la persona experimenta.

Premisa a seguir durante la psicoeducación:

“Todo lo que está sintiendo es una reacción normal ante una situación que no es normal”

9. Refiera a atención especializada y brinde seguimiento a su referencia.

A continuación, se presenta un breve ejemplo de la información que debe ser brindada durante una psicoeducación:

Cuando experimentamos situaciones difíciles o dolorosas como la que tú has vivido es normal que nuestro cuerpo busque protegernos, y sin darnos cuenta algunas de las cosas que hace, continúan posterior al evento. Además, aun en situaciones similares, las personas actuamos diferente, todo depende de nuestras experiencias previas. Por ejemplo, cuando has estado en tu casa o en tu comunidad y crees haber visto un ratón, si a ti te dan miedo es probable que grites, saltes, llores, corras, o te podrías desmayar, mientras que otra persona en

la misma situación reaccionaría diferente, posiblemente buscaría matarlo con una escoba o atraparlo para luego liberarlo.

Ahora si volvemos al ejemplo del ratón y suponiendo que tu reacción fue correr, podrás notar cuando ya te hayas alejado, asegurando que el ratón no está cerca y que en teoría estás en un lugar seguro, que tus manos están heladas, que tu cuerpo tiembla y que tienes la respiración acelerada, ya que probablemente jamás en tu vida habías corrido tan rápido. Todo esto pasa porque tu cuerpo tiene una opción llamada supervivencia que se activa automáticamente cuando percibimos que algo malo nos puede pasar.

A estas reacciones las podemos llamar “piloto automático”, mientras estamos en ese modo, es difícil que podamos razonar, y entender que ocurre porque todo pasa demasiado rápido. Cuando pasamos de piloto automático a retomar el control nosotras/os, al cuerpo le es difícil entender que fue lo que pasó porque pareciera que nos desconectamos momentáneamente, y como nuestro cerebro quiere entender todo lo que nos ocurre, es probable que utilice diferentes métodos para recordar lo ocurrido y entenderlo, por lo que a veces pareciera que vemos una película una y otra vez, y las emociones que experimentamos en ese momento vuelven a aparecer.

Eso pasa porque nuestras emociones están muy relacionadas a nuestros recuerdos, por ejemplo, si ahora te pido que recuerdes alguna sorpresa agradable que tuviste, lo normal es que al recordarlo vuelvas a sentir esa alegría con una intensidad similar, como si estuviera ocurriendo, aunque no sea así. Lo mismo ocurre con estas experiencias desagradables y nuestro cerebro a veces no logra procesar que eso ya pasó y nos mantiene en cierto nivel de alerta que no nos deja descansar.

Es probable que por eso te sientas diferente, te cueste dormir, tengas miedo a algunas situaciones o cosas en específico, o experimentes otros cambios. Puede ser que estés un día muy triste, otro con mucha ira o incertidumbre, esto es normal y es parte del proceso que tu cuerpo y tu cerebro están haciendo para comprender y sanar. Algunas de estas reacciones aparecen inmediatamente después del evento, a otros les aparecen días posteriores, todos tienen un proceso diferente; lo importante es que sepas que si estas reacciones no disminuyen en máximo 4 semanas debemos buscar atención especializada que nos oriente mejor.

Mientras, puedes ayudar a tu cuerpo tratando de volver a tus rutinas, hacer tus actividades habituales, descansar y comer según necesites, así como rodearte de personas que te hacen sentir segura/o y hablar con alguien de confianza sobre cómo te has estado sintiendo.

Si en algún momento sientes algunas de las cosas que hemos conversado, como una respiración agitada o recuerdos desagradables te invaden, puedes poner en práctica algunas técnicas. Te enseñaré unas que yo conozco (se explican las que se consideren oportunas y hace ejercicio asegurando que la persona ha comprendido adecuadamente como y cuando realizarlas). Si necesitas otro tipo de apoyo, puedes acercarte a (orientar sobre instituciones y/u organizaciones que brindan esos servicios).

¿De lo que te he comentado tienes alguna duda? (se brinda un espacio para ello). Finalmente, de preferencia se recomienda entregar contenido escrito que tenga información sobre lo conversado para poder revisar en el hogar.

Herramienta 12. Funciones de auto-apoyo



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ

Desarrollo:

Las niñas y niños que han vivido experiencias traumáticas muchas veces tienen un auto-concepto distorsionado de sí mismo y viven muy débil ante las circunstancias y personas que rodean los eventos traumáticos. Por esta razón es importante fortalecer su auto concepto, habilidades, recursos, capacidades.

Se recomiendan los juegos de mesa para trabajar aspectos como el ganar-perder, tolerancia a la frustración, toma de decisiones, planteamiento de estrategias, resolución de problemas y todo aquello que genere sentimientos de conocimiento. Esto contribuye a consolidar apoyos en el vórtice positivo del trauma.

Herramienta 13. El Lugar seguro/anclaje

La técnica del anclaje es una herramienta que ayuda a experimentar un estado emocional en concreto. A través del movimiento elegido por la persona busca crear una conexión fisiológica-emocional.

Al iniciar el ejercicio debe indicársele a la persona que se ubique en una posición que le resulte cómoda, de preferencia acostado boca arriba, se le pide que elija un movimiento que pueda hacer con su mano, que sea fácil realizarlo y sea discreto, por ejemplo, frotar los dedos entre sí, acariciar una parte del rostro o dar pequeños golpes en la otra mano.

Este movimiento es lo que permite realizar el anclaje, por lo cual debe realizarlo durante todo el ejercicio. Se le indica que en situaciones futuras en las que desee experimentar sensaciones agradables deben realizar el movimiento seleccionado. A su vez, es importante realizarlo constantemente para lograr el efecto deseado.



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario,
de preferencia personal de salud mental.



Dirigido a
NNAJ.

Desarrollo:

1. Me gustaría que pensara en algún lugar donde ha estado o imagine estar sintiéndose tranquilo y seguro. Quizás en la playa o junto a un arroyo de montaña. ¿Dónde le gustaría estar? (No es necesario que la persona verbalice, es más bien un ejercicio de visualización).
2. Mientras piensa en ese lugar tranquilo, note qué ve, oye y siente en este momento ¿Qué nota?
3. Concéntrese en su lugar tranquilo: observe las imágenes, los sonidos, olores y sensaciones corporales.
4. Traiga la imagen de ese lugar. Concéntrese en el lugar del cuerpo donde tiene sensaciones placenteras y permítase disfrutarlas. (Pausa). Ahora concéntrese en esas sensaciones.
5. Se invita a realizar respiración diafragmática (ver Herramienta 3).
6. Cuando esté listo/a, puede abrir lentamente sus ojos, sin levantarse, ya que esto puede marearle.
7. Posterior a 1 minuto se le puede indicar volver a su posición principal, si lo desea puede compartir la experiencia.

Herramienta 14. Plan de Seguridad



Quien aplica la técnica:
Personal multidisciplinario.



Dirigido a
NNAJ.

Desarrollo:

Los planes de seguridad personal ayudan a las personas a identificar y mitigar el riesgo ante una situación que exponga su vida, y a identificar estrategias para mejorar su seguridad (incluida la de sus hijos o hijas). “En el plan se deberá identificar los lugares seguros, puntos de salida y rutas de evacuación y es importante obtener información básica sobre la ubicación y características de estos” (OIM, 2017). Incluidos los servicios a los que las personas que han sido evacuadas deberían tener acceso en los diferentes lugares. Es importante identificar:

- Opciones que pueda haber disponible para alojarse y a quién recurrir por asistencia.
- Lugares seguros a los que pueden ir las personas para escapar de la amenaza existente.
- Puntos de salida para escapar y rutas que pueden utilizar para llegar a estos puntos.
- Posibles puntos de reunión o encuentro.
- Puntos de tránsito, en caso de evacuaciones internacionales.

- Opciones de transporte local y de larga distancia que pueden estar disponibles en caso de crisis.
- Disponer de una lista de números telefónicos importantes y de emergencia (por ejemplo, la unidad policial cercana, albergue u organización para sobrevivientes; doctores/as; línea telefónica de emergencia; u otro contacto de confianza).
- Preparar un kit de emergencia, el cual debe contener: documentos de identificación (pasaportes, partidas de nacimiento, tarjetas de seguros, etc.); documentos de la casa (por ej. contrato de alquiler, título de propiedad); tarjeta de seguridad/previsión social.

Herramienta 15. “Las estatuas”

Esta actividad está orientada a grupos y puede ser aplicada en centros escolares y comunidades, busca reducir reacciones de ansiedad y angustia a través de actividad lúdica (Adaptación del libro de atención en crisis con NN de ACISAM (s.f.)



Materiales:
No requiere.



Dirigido a
Niñas y niños.

Desarrollo:

1. Se ubican las niñas y niños en un círculo y se les pregunta “¿saben ustedes qué es una estatua?” Se brinda una breve explicación de lo que es (metal, madera, yeso, cemento).
2. Luego se le explica que deberán caminar, correr, saltar y brincar al compás de los ritmos que pueden ser elaborados con objetos del entorno, palmas o música, y al dejar de oír los ritmos deberán quedarse inmóviles en la posición que quedaron, como estatuas. Se repite varias veces.
3. El/La facilitador /a canta la canción “Si tú tienes muchas ganas de reír” y al finalizar la canción las niñas y niños se quedan inmóviles haciendo la expresión que el/la facilitador/a dijo en la canción (reír, llorar, enojar, etc.). Se repite cuanto sea necesario.
4. Se puede alternar este ejercicio con una de relajación.

Herramienta 16. “locutor”

Esta actividad está orientada a la terapia narrativa, con lo cual se busca que niñas y niños puedan relatar el evento y comprender mejor lo sucedido, ayudando a procesarlo cognitivamente. Se recomienda implementarla preferiblemente en grupos (Adaptación del libro de atención en crisis con NN de ACISAM s.f.).



Materiales:

Simulador de micrófono



Dirigido a

Niñas y niños.

Desarrollo:

1. Se entrega el micrófono a una/o de los participantes o se crea uno en conjunto con materiales que estén al alcance.
2. Se les pide que se ubiquen en círculo y luego se les pregunta si saben qué hace un locutor, de no saberlo se les explica que son las personas que hablan en la radio, en su defecto se les puede hacer la comparación con las personas que describen un partido de fútbol.
3. Se les indica que quien facilita cerrará los ojos y se ubicará en el frente girando en un punto y señalando al frente, cuando se detenga y deje de girar, quien haya quedado al frente deberá ayudar a relatar lo sucedido.
4. Quien facilita puede fingir que realiza una entrevista y hacer alguna de las siguientes preguntas: ¿Cómo te sientes?, ¿Qué pasó?, ¿Cómo estaba tu comunidad antes?, ¿Qué es lo que más extrañas?, ¿Qué harías para mejorar tu situación actual? ¿Qué necesitas para que te ayudemos a mejorar tu situación? Y así continuamente, cada niña y niño debería tener la oportunidad de expresarse.

Herramienta 17. “Lugar seguro”

El objetivo de esta actividad es hacer uso de un espacio con herramientas lúdicas que le permitan a la persona expresar su estado de ánimo, intercambiar ideas y proyectar un aspecto de su vida que le brinda estabilidad emocional.

Esta herramienta al ser aplicada de manera adecuada, le permitirá recabar más información sobre las conductas de la persona de manera cautelosa y no invasiva.



Materiales:

Plastilina, palillos de dientes, limpia pipas, páginas de colores, lápices y colores.



Dirigido a

Niñas y niños.

Desarrollo:

1. Se le entrega a la persona o al grupo una hoja de papel bond y brinda la consigna “con estos materiales, cada persona elaborará su animal favorito, recordemos que cada persona tiene un animal favorito y puede elaborarlo de la manera que más le guste”.
2. Se indica que en la mesa hay diversidad de materiales que pueden utilizar para la construcción de este. Se brinda de 5 a 10 minutos, para luego dar la siguiente consigna “ya que cada persona ha elaborado a su animal favorito, ahora vamos a construirle un lugar seguro, así que tomaremos más material que está sobre la mesa (Palillos de dientes, limpia pipas, páginas de colores, lápices, colores etc.), y vamos a hacer lo que creemos que debe tener un lugar seguro para nuestro animal favorito”. Para esta última consigna se otorga de 30 a 35 minutos para cada participante.
3. La dinámica finaliza cuando cada participante ha elaborado su animal favorito y su lugar seguro. Se otorga un espacio para comentarios por parte de las y los participantes y se abre un espacio para el intercambio de ideas sobre que situaciones, lugares o cosas les brindan seguridad y ayuda a identificar elementos de su entorno.

Herramienta 18. El árbol familiar

Esta herramienta puede ser aplicada en situaciones en las que las reacciones de un miembro de la familia, que ha experimentado una experiencia traumática, afectan la dinámica y convierte el hogar un espacio tenso (debe tomarse en cuenta la dinámica familiar, la disposición de los demás miembros y trabajo previo de forma individual). Se busca convertir el hogar en una fuente de apoyo que brinde sensación de seguridad durante el proceso.



Materiales:

Papelógrafos y plumones.



Dirigido a

Grupo familiar.

Desarrollo:

1. Se pide al grupo familiar que dibujen un árbol que incluya tronco, raíz y copa según su creatividad. Puede hacerla un solo miembro o en conjunto, para ello se les entrega el papelógrafo y plumones.
2. Se les explica que para esta actividad es importante que cada uno tome un rol activo, es decir que asuman responsabilidades para los cambios en su dinámica familiar que la situación puede generar.
3. Del lado izquierdo se deberá escribir lo negativo relacionado a la situación que viven o les está afectando, mientras que del lado derecho deberán escribir aspectos positivos que pueden realizar ante el evento.

4. Se dialoga con la familia sobre lo ocurrido (es importante tener precaución con las palabras que se usan, se debe evitar usar un lenguaje acusativo y lo que las familias mencionan se toma como situaciones no como realidades, ya que esto puede generar conflicto interno al grupo) y se les pide escribir en el tronco del árbol lo que consideran ha ocurrido, por ejemplo pérdida de un ser querido, haber experimentado una situación de violencia o migración irregular de alguno de los miembros.
5. Se pide que del lado izquierdo en las raíces escriban lo que genera en la dinámica familiar el evento, por ejemplo, peleas, distribución inadecuada de responsabilidades hogareñas, rebeldía por parte de los hijos, gritos, insultos, etc. Todo lo que consideren relacionado.
6. Luego se les indica que, en la nube del árbol en la parte izquierda, escriban cuales serían las consecuencias para su dinámica familiar de continuar con las actitudes escritas en las raíces. Por ejemplo, aumente el resentimiento a largo plazo entre los miembros, probabilidad que alguno de los hijos o hijas decida abandonar el hogar, bajo rendimiento escolar, posibilidad de embarazo, conductas suicidas, etc. (en este espacio es importante hacer referencia desde las consecuencias menos desagradables, hasta algunas trágicas, de manera que permita al grupo familiar entender el impacto de las acciones que realizan en el presente).
7. Al tener el lado izquierdo completo, se pasa al lado derecho, en las raíces deberán escribir conductas positivas o cambios que podría hacer cada uno para cambiar la situación actual (es importante mencionar que los cambios suceden a medida que cada uno aporta, cambiando primero las acciones individuales).
8. Luego en la copa de la nube derecha, deberán escribir como cambiaría su dinámica familiar si se ejecutaran los cambios propuestos en las raíces. Por ejemplo, si mamá deja de gritar al pedir las cosas, los hijos no responderán irrespetuosamente, y si Juanito recoge su ropa del suelo, mamá no se molestará por el desorden, y si Pablo deja de burlarse de su hermana o decirle que se hace la “víctima” y empieza a escucharla, es probable que ella se sienta cómoda y se involucre más en las actividades familiares.
9. Finalmente se pregunta a la familia que piensan al respecto de lo elaborado. Se considera necesario brindar una psicoeducación sobre las experiencias potencialmente traumáticas y las reacciones, así como la importancia de contar con un núcleo familiar que funcione como red de apoyo.
10. El árbol con el contenido elaborado le queda a la familia.

Es importante tener en cuenta que la práctica de estas técnicas podría ayudar a elaborar habilidades para tener control de la sensación desagradables y lograr reducir el estado de alerta.

Herramienta 19. Abordaje con personas que experimentan pérdida ambigua



Materiales:

No requiere



Dirigido a

A personas que experimentan
pérdida ambigua

Para Boss (2016) se debe apoyar a los familiares siguiendo las siguientes pautas:

1. Encontrar un significado a través de sus creencias culturales (el destino o la suerte), la aceptación espiritual de la naturaleza y el ciclo de la vida, la espiritualidad religiosa, la comprensión o los cambios de percepción, los valores, el propósito y sentido de vida.
 2. Ayudar a reconocer y verbalizar el problema.
- Comprender y normalizar las emociones.
 - Compartir las percepciones, opiniones o ideas con los demás.
 - La religión y la espiritualidad como puerta de entrada para verbalizar el problema.
 - La realización de rituales que sean significativos, para comprender y elaborar emocionalmente la pérdida ambigua.
 - Aceptar el sufrimiento como algo inevitable.
 - Normalizar la ambivalencia, reconociendo la existencia de sentimientos, emociones y percepciones ambivalentes.
 - Aceptar que dicha ambivalencia es normal y se puede controlar.
 - Aprender a controlarla y adaptarla a las situaciones ambiguas.
 - Aceptar el sentimiento de culpa y otros sentimientos negativos como algo normal.
 - Recuperar la autonomía personal.
 - Manifestar abiertamente los sentimientos ambivalentes.
 - Considerar el conflicto como algo positivo.
 - Aumentar la tolerancia a la tensión.
 - Recuperar el sentimiento de control y de autoestima.

- Volver a invertir energía física y emocional en otras personas y actividades.

Recomendaciones específicas:

- Promover reuniones familiares
- Favorecer la expresión de diferentes puntos de vista, normalizarla, respetarla y escucharla.
- Favorecer la negociación.
- Evitar la parálisis.
- Construcción de redes.
- Favorecer la búsqueda de información.
- Reconocer las emociones.
- Resignificarlas desde una mirada apreciativa, por ejemplo, si una persona llora mucho por la persona desaparecida y se siente mal por ello, se podría preguntar: “¿qué pensarías? si alguien te dice: si tu familiar pudiera verte entendería que llorar es la forma en que los humanos expresan su amor, finalmente uno llora por lo que extraña y uno extraña lo que ama...” Es importante que siempre sea en tono de pregunta en tanto la idea no es juzgar sino ayudar a través de preguntas reflexivas utilizadas desde el enfoque sistémico que la persona resignifique poco a poco su experiencia y aquellas significaciones que le pueden anclar en la culpa o a reprimir emociones que es válido sentirlas.
- Cancelar las celebraciones en lugar de modificarlas es una pauta corriente de respuesta en las familias con una pérdida ambigua. Por lo cual se le ayuda a la familia que reconstruya una nueva forma de como poder continuar la celebración modificándola de alguna manera y dándole un nuevo sentido o significado en su vida o en la del sistema familiar.
- Así como los ritos y tradiciones, la espiritualidad juega un rol muy importante en el proceso. A pesar de que las personas que experimentan una pérdida ambigua poseen distintas creencias sobre la espiritualidad y Dios, lo que las une es la capacidad para encontrar algún sentido a su situación, incierta como es.

Herramienta 20. Nuestras molestias



Materiales:

Manta, post-it, plumones.



Dirigido a:

Jóvenes y personas adultas de una comunidad o que comparten experiencias comunes.

Adaptado de Nuestras Molestias, técnicas participativas de apoyo psicosocial, ECAP, 1998.

Esta herramienta es de utilidad en situaciones de violencia comunitaria o situaciones similares.

Busca que las personas puedan expresar su malestar, preocupaciones, sentimientos y problemas. A su vez permite identificar necesidades específicas que tiene su comunidad y aspectos que se pueden retomar en una próxima reunión.

En ocasiones las situaciones de violencia generan la individualidad entre los miembros, aumentando la distancia. Este ejercicio puede ayudar a fortalecer las relaciones entre miembros de una misma comunidad.

Indicaciones:

1. Se recomienda formar un semicírculo con los participantes y ubicar en el centro una manta con dibujo de 2 personas (hombre y mujer) que presentan postura y rostro de preocupación.
2. Se elabora un compromiso de confidencialidad, considerando el riesgo que puede existir al hablar sobre algunas temáticas, en especial las relacionadas a violencia social.
3. Se pide a los participantes comentar que circunstancias consideran están afectándolos, sus aportes son apuntados en post it y son ubicados alrededor de los dibujos.
4. Se pide que compartan como les está afectando este evento (reacciones emocionales).
5. Se retoman sus comentarios y pide expliquen mejor la problemática: ¿Qué ocurre? ¿Quiénes están involucrados? ¿Cuáles son las preocupaciones ante el evento? ¿Qué necesitan para mejorar sus circunstancias?
6. Es importante dar un espacio para la expresión de sentimientos y normalizar algunas reacciones que se pueden presentar.
7. Se finaliza la actividad haciendo una propuesta de plan comunitario, retomando sus experiencias, basado en recursos personales y comunitarios.

Afrontamiento Colectivo

La búsqueda de apoyo social y la comunicación acerca de las emociones relacionadas con un evento traumático es muy común y cumple importantes funciones psicosociales. El compartir social de las emociones, en general, implica manifestaciones de apoyo social, de empatía y de comportamiento pro-social, que junto con

la percepción da una mayor integración social (Rimé, 2012). La narración de un trauma y de la experiencia personal es algo que siempre es importante, porque la construcción de esta narración fuerza a las personas a enfrentarse con el significado del trauma y a la forma en cómo puede ser reconstruida una visión con sentido de sí mismo/a y del mundo (McAdams, 1993).

Generalmente se ha considerado al afrontamiento como una respuesta personal ante problemas individuales. Sin embargo, la dimensión interpersonal y social está implicada en las distintas respuestas que las personas ponen en marcha. Así, al afrontamiento instrumental corresponde la búsqueda de apoyo instrumental.

Además del compartir social y del afrontamiento de apoyo social, la participación en rituales seculares también es un predictor importante del crecimiento post-traumático. La participación en los rituales o manifestaciones seculares cumple unas funciones psicosociales de integración social, construcción positiva de creencias sociales compartidas y reforzamiento de la cohesión social. De este modo, estos procesos contribuyen a reforzar un clima emocional positivo. Los actos simbólicos que en algunas comunidades se realizan se pueden convertir en un soporte social y comunitario para elaborar y darle un sentido a la pérdida como por ejemplo, murales, desfiles, marchas, cenas entre vecinos, nombramiento de espacios públicos, estatuas, memoriales, cine comunitario etc. Todos estos actos simbólicos pueden tener varios objetivos como: un reconocimiento social de la muerte, denuncia de vulneración de derechos, búsqueda de justicia, conmemoración y reconocimiento a personas que no están por su aporte a la comunidad o por ser un ejemplo de vida, de resistencia o algún valor en específico. De la misma forma ayudan a que la persona sienta el apoyo y solidaridad de su comunidad y la sociedad en general. Pueden traer un mensaje a la sociedad para que no se repita la pérdida.

Según investigaciones, el compartir social durante la primera semana, al controlar las puntuaciones de activación emocional y de emociones negativas, pronosticaba el crecimiento postraumático después tres semanas. Así pues, el afrontamiento colectivo puede ser una fuente importante para encontrar beneficios, y también determina un aumento de los sentimientos de esperanza y solidaridad (Páez et al., 2007).

Abordajes específicos de las y los profesionales de la psicología y psiquiatría

Existen diferentes principios terapéuticos de los cuales se mencionan a continuación para que las y los participantes entiendan los mecanismos sanadores de la traumaterapia. Así mismo se recalca la importancia de referir personas que sufren de TEPT a personal especializado. Para varias terapias que se describirán, la/el profesional especializada/o requiere además una licencia especial para aplicarlas.

a. Terapia Cognitivo-Conductual

Estos tipos de tratamiento se centran en ayudar a los pacientes a comprender lo que sucede en el cerebro y el cuerpo, en lo que respecta a los síntomas de la enfermedad. La teoría es que entender cómo te sientes no cambiará cómo te sientes, pero puede cambiar cómo reaccionas. Entender estas reacciones es importante para tener la certeza de no estar “loca/o”. Entonces, por ejemplo, cuando notes que te sientes enojado, es menos probable que actúes sobre la ira de una manera que sea peligrosa.

Pueden incluir educación sobre el desorden en general, tal como lo presentamos hoy, o terapias como la terapia cognitiva conductual que se centran en detectar pensamientos distorsionados negativamente y desafiarlos. Este conocimiento de las reacciones humanas al trauma permite también resignificar los síntomas como un intento de superación de la experiencia traumática.

La reestructuración cognitiva, reevaluación y reinterpretación positiva de lo ocurrido consiste en mejorar el entendimiento de lo ocurrido, comprenderlo desde diferentes puntos de vista. Esta categoría de re-evaluación o re-estructuración cognitiva se refiere a los intentos activos por cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla desde un enfoque más positivo o más distanciado, en tercera persona (Páez et al., 2011).

Desde un punto de vista cognitivo, se plantea que el comportamiento de un individuo está constantemente regulado y dirigido por la teoría que tiene de sí mismo y del mundo. Las distorsiones cognitivas pueden alterar la habilidad del sujeto para evaluar los factores externos y personales (recursos y habilidades). Las creencias más alteradas por una experiencia traumática son la sensación de invulnerabilidad y la sensación de control. En la terapia se busca cambiar la creencia irracional a través de la reestructuración cognitiva que intenta reestablecer estas sensaciones y reconstruir los esquemas cognitivos de sí mismo y del mundo. Por ejemplo, focalizando la atención a los pequeños cambios que se van logrando y valorando lo que se va controlando mejor cada vez (Carbonell, 2002).

b. Terapia de exposición narrativa

Terapia de Exposición Narrativa, en inglés conocida como NET: Narrative Exposure Therapy, una propuesta desarrollada por los psicólogos Thomas Elbert, Maggie Schauer y Frank Neuner.

El/la terapeuta ayuda a organizar los recuerdos de la persona desde el presente temporal y espacial, el “aquí y ahora”, en una línea continua de tiempo que conlleva un reprocesamiento y resignificación de los eventos traumáticos. Estructurar la narración permite la re-estructuración cognitiva y reconocer la resiliencia y la fortaleza de la persona. Parecido a la terapia EMDR (véase abajo), se basa en la comprensión de que la experiencia traumática ha sido almacenada en la amígdala sin haber sido procesada por el neocórtex. La persona se contacta con la experiencia traumática del pasado y al mismo tiempo se mantiene conectada al presente.

La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y el trabajo comunitario, la cual centra a la persona como expertos en su vida. Ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema en sus vidas (Olza, 2017).

c. Terapia EMDR (desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular)

Es una terapia integrativa que incluye elementos de distintos enfoques psicoterapéuticos, tales como el cognitivo-conductual, sistémico, psicodinámico, experiencial y otros. Es empleado para resolver de manera integral el material emocional perturbador derivado de eventos traumáticos y también como un medio para potenciar estados emocionales positivos, con el fin de facilitar el proceso curativo.

Parte de la noción de que la intensa reacción fisiológica de estrés y terror bloquea el procesamiento de la información recibida en el momento del trauma. Esta quedaría ahora archivada bajo la forma de sensaciones, percepciones, recuerdos, creencias e ideas perturbadoras, de la misma manera en que fueron experimentadas originalmente. El procesamiento de esta información queda bloqueado, y diversos estímulos externos e internos asociados al trauma pueden disparar las perturbaciones bajo la forma de flashbacks, re-experimentaciones, pesadillas, activación fisiológica, etc.

La red neuronal en la que esta información está depositada parece estar aislada de la información adaptativa

contenida en otras redes. Es así que muchos de los consultantes que sufren algún tipo de patología postraumática (desde una fobia simple a un estrés postraumático severo) saben que no “deberían sentirse así” (amedrentados por un simple gato, o reaccionar como si estuviera bajo fuego enemigo al escuchar un portazo) pero no pueden reaccionar de otra manera.

La estimulación provocada por el procedimiento del EMDR parece poner en funcionamiento un mecanismo, por el cual la información perturbadora proveniente del trauma se pone en contacto con información adaptativa (“el gato no es un león” o “el portazo no es fuego enemigo”), produciendo de esta manera un aprendizaje, muchas veces acompañado de un cambio cognitivo.

Se basa fundamentalmente en la comprensión de que el funcionamiento perturbado del paciente surge de experiencias traumáticas, la mayoría de ellas de la infancia, que no han sido adecuadamente procesadas, debido al modo atípico en que estos recuerdos quedan almacenados en el cerebro. Es un tratamiento de ocho fases, en el que la estimulación bilateral alternada (visual – semejante al del sueño REM, auditiva o táctil) facilita la desensibilización y reprocesamiento de recuerdos traumáticos. Dicha estimulación permite que la persona asesorada se contacte con la experiencia traumática del pasado y al mismo tiempo se mantenga conectada al presente; y no caiga en disociación o viva de nuevo el terror sin filtro y se re-traumatice. En el caso de los eventos traumáticos se produce de esta manera un aprendizaje, muchas veces acompañado de un cambio cognitivo.

d. Terapias Psicodinámicas

Se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas. A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el/la paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima. Además, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática como las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia (insight) de los conflictos intrapersonales y su resolución. El/la paciente es guiado/a hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza. El principio es entender y recordar para no repetir.

En definitiva, el/la terapeuta psicodinámico pretende un cambio de largo alcance. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella. Esto mediante el desarrollo de una visión adecuada de sí mismas y la toma de conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente (Puchol, 2001).

e. Debriefing o CISD (Critical Incident Stress Debriefing)

El debriefing tiene diversas variantes, que parten desde la propuesta su creador Mitchell. Sin embargo, el modelo de Gisela Perren-Klingler es un enfoque a partir de la salutogenesis, basado en reacciones normales frente al evento y no síntomas, siendo una intervención que se estructura en siete pasos contenidos en tres partes específicas que son cognición, emoción y psicoeducación. Esta técnica puede ser utilizada para ordenar lo acontecido tanto a nivel cognitivo como emocional, ya sea en su modalidad de debriefing individual o debriefing grupal.

Es una intervención breve, precoz y salutogénica que se realiza en dos sesiones, en un periodo de 2 meses entre cada sesión. La primera sesión teniendo una duración aproximada de dos horas, y 30 minutos la segunda. Siendo esta última sesión más breve ya que se centra en verificar la desaparición de las reacciones o si es necesario derivar a un especialista.

No se recomienda aplicar debriefing de manera indiferenciada.

f. Abordaje farmacológico

Es importante tener en cuenta también que existen medicamentos que se enfocan en síntomas específicos en el TEPT. Por ejemplo, los antidepresivos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pueden ayudar con la ansiedad, el estado de ánimo bajo y la disminución de la excitación, sobre todo cuando las personas están permanentemente en estado de alerta y sufren de insomnio. Sin embargo, no funcionan para todas las personas e incluso cuando funcionan, las personas afectadas pueden seguir teniendo otros síntomas.

Existen medicamentos que funcionan en el SNA (Sistema Nervioso Autónomo), que es la parte responsable de la respuesta de “lucha, huida, congelación” mencionados previamente. Éstos son medicamentos para la presión arterial, pero ayudan con los síntomas de hiperexcitación y algunos pueden ser útiles para contrarrestar las pesadillas y las alteraciones del sueño que se observan en los TEPT.

Los medicamentos contra la ansiedad (benzodiazepinas) como el Clonazepam, también se suelen usar, pero son más controversiales, ya que pueden formar hábito y pueden interferir con algunas partes de la terapia en las que la persona procesa su trauma. Las benzodiazepinas funcionan con los mismos receptores que el alcohol, por lo que también pueden tener la funcionalidad de escape y no permiten la elaboración del trauma

Nota: es importante tener en cuenta el uso de los fármacos puede derivar en una dependencia, especialmente, los benzodiazepinas. Por lo tanto, solo personal especializado debe de recomendar y/o recetar medicamentos.

Derivación

Es importante que las y los profesionales que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad conozcan las instituciones que prestan servicios en la comunidad para que puedan coordinarse y ofrecer una ayuda integral. Para ello deben conocer las necesidades de las personas en situación vulnerable, así como también los diferentes servicios que ofrecen las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

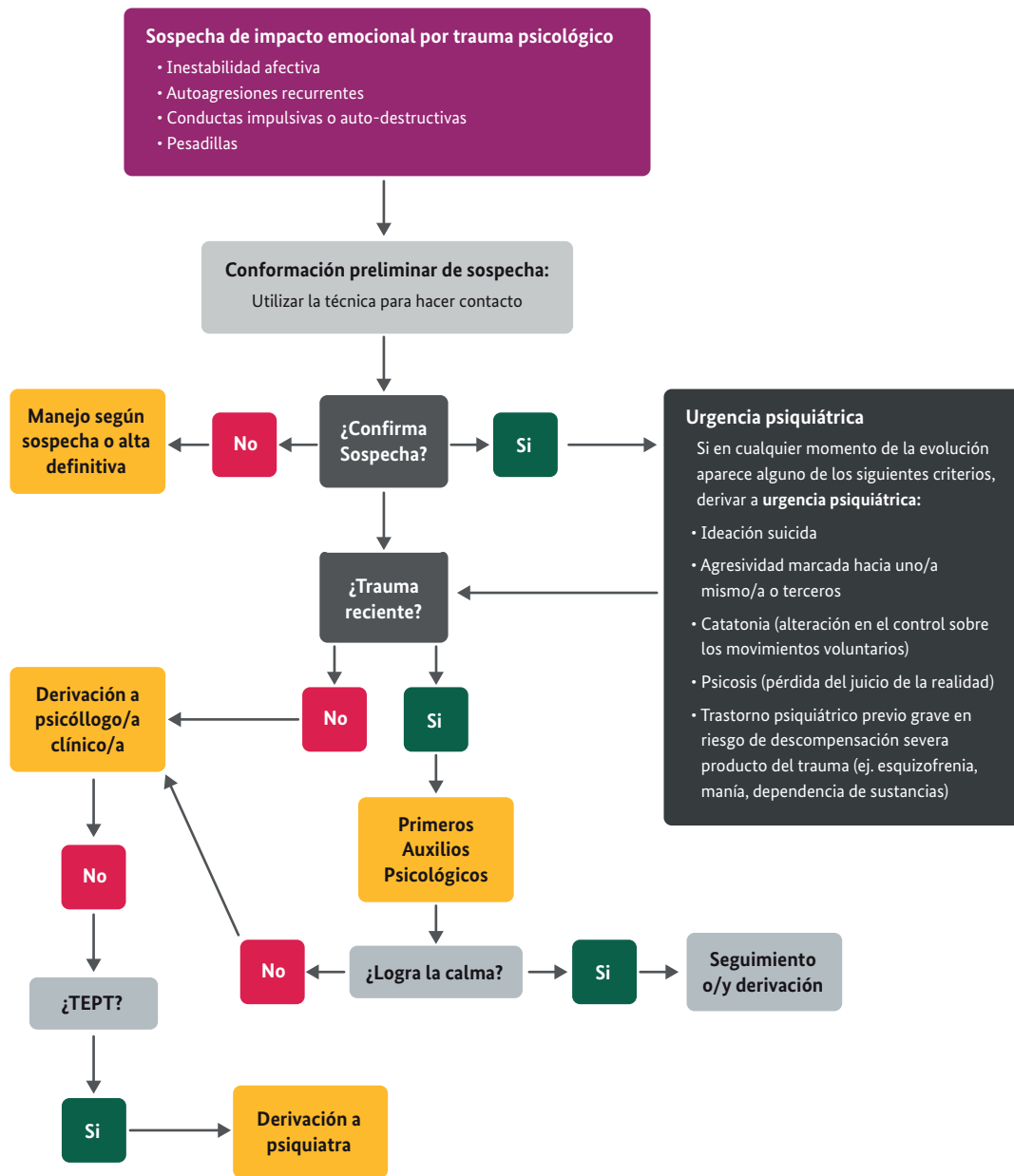
Previo a la derivación debe ponerse en contacto con la/el especialista para explicarle lo que usted ha observado, verificando a su vez si puede ayudar a la persona o familia que remite. Debe comprobar previamente las condiciones físicas del servicio a donde refiere y procedimientos para su ingreso, de manera que no sea desalentador el proceso de referencia para la persona a quien deriva.

La coordinación ha de ser motivadora y orientada a la acción, así como proporcionar oportunidades de reflexión, cohesión social y constitución de redes. Por este motivo es importante identificar qué tipo de apoyo o ayuda necesitan, así como qué personas pueden ser referidas y cuales no necesitan referencia.

Es por esto que las y los participantes a retomar y revisar exhaustivamente el contenido del **Módulo 1: “Acompañamiento psicosocial de niños, niñas y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular”**.

A continuación, se presenta en la Ilustración 10 el algoritmo de intervención para casos de personas que han vivido una situación traumática. Es importante no perder de perspectiva las características de las entidades receptoras de personas en situación de vulnerabilidad, pues este algoritmo puede verse afectado en función de las mismas. Esto siempre con la intención de brindar una óptima intervención (ej. falta de psicóloga/o clínica/o, psiquiatra, etc.).

Ilustración 10. Algoritmo de intervención.



Fuente: Adaptado de Figueroa, Cortés, Accatino & Sorensen (2016).

The background is a solid purple color. It features several abstract shapes: a large pink shape in the top left, a large teal shape in the bottom right, a large light purple circle in the top right, and a wavy light purple shape in the bottom left. The word "Anexos" is centered in white text.

Anexos

Anexo 1. Guía básica de intervención psicosocial

GUÍA BÁSICA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Instrucciones: Marque según realice en su intervención

Indicador	Si	No
Establezca rapport		
1. Explica sobre el trauma o la situación que está experimentado.		
- Menciona posibles reacciones físicas, emocionales, cognitivas y neurofisiológicas.		
- Brinda información sobre la duración de las reacciones experimentadas.		
- Normaliza las reacciones (ver hoja de normalización de síntomas).		
- Ayude a la persona a identificar redes de apoyo (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, miembros de la iglesia, etc.).		
2. Ayuda a la persona a identificar y priorizar necesidades.		
3. Brinda información a la persona sobre las instituciones que pueden apoyar en las necesidades priorizadas		
- Que será lo que hará la Institución.		
- El orden que debe seguir.		
- Indica cuales son algunas posibles preguntas que le pueden realizar.		
- Menciona los documentos que debe llevar consigo.		
4. Realiza alguna técnica para reducir la posible ansiedad o tensión que la persona experimenta.		
5. Elabora un plan de manejo de las reacciones, reflexionando sobre la importancia de mantenerse activo en la medida de lo posible, explorando con la persona que actividades pudiera hacer en los próximos días que le permita mantenerse activo en alguna actividad placentera.		
- Reflexiona con la persona sobre la importancia de la buena alimentación, sueño y descanso.		

Anexo 2. Normalización de Síntomas

Normalización de síntomas	
Contenido: Resignificación de síntomas postraumáticos como reacciones normales ante situaciones anormales o reencadre de emociones básicas.	
Miedo	Reacción de defensa ante un hecho amenazante. Permite protegerse y ser prudente. Nos permite reconocer el peligro, ser inteligente, funcionar a pesar del miedo, taquicardia mal interpretada (de estrés, no de miedo).
Enojo, rabia	Reacción ante la herida de un valor, o acción para defenderse a sí mismo a sus valores.
Tristeza	Pérdida, necesita reconstruir lo perdido dentro de su memoria.
Asco, vergüenza	Protección de sí mismo/a hacia exterior/intimidad.
Culpabilidad	Responsabilidad impotente, omnipotencia.
Reacciones intrusivas (rumiaciones, flashbacks, pesadillas)	(a) Intento de dar sentido a la experiencia, como un intento del cerebro de asimilar lo ocurrido, de buscar un final a la película o una explicación. (b) como un intento de la mente por no olvidar a las personas o las cosas que se han perdido en lo ocurrido.
Evitación	Un modo de protegerse, de permitirse ir afrontando lentamente las cosas. Dosificar el dolor de las pérdidas para poder digerirlo poco a poco.
Ganas de estar solo o aislarse	Intentos por no perder el control.
Hiperactivación o alarma	Cuando se está sufriendo una agresión es necesario estar atento a todo, vigilante. Es una actitud del cuerpo agotadora pero que nos protege. Una vez pasada la amenaza ya no es necesario mantenerla, pero a veces el cuerpo sigue manteniendo la alerta aunque el peligro haya pasado.
Resentimiento	Un sentimiento comprensible si no se siente suficiente apoyo. Pero ¿cómo está la persona influyendo a su vez en los que le rodean? ¿Qué reacciones provocó?
Reacciones radicales no habituales	En situaciones de amenaza vital hay que tomar decisiones rápidas en cuestión de segundos y las cosas o las personas deben ser “buenos” o “malos”, “amigos” o “enemigos”; pero pasada la situación de alarma, seguir funcionando con esta estrategia que era correcta y adaptativa nos dificulta la vida. No se puede ir por la vida normal “listo para la acción”.

Bibliografía

- Aldeas Infantiles SOS. (2019). Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia.
- Altindag, A., Ozen, S. & Sir, A. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, 46, 328-333.
- American Psychological Association. (s.f.). *Post-traumatic Stress Disorder*. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/ptsd>
- Aristil Chéry, P.M. (2010). *Manual de farmacología básica y clínica* (6a Ed). México: McGraw-Hill.
- Aristil Chéry, P.M. (2010). *Manual de farmacología básica y clínica* (6a Ed). México: McGraw-Hill.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – Quinta Edición*. (DSM V). Virginia: APA.
- Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental. (s.f.). *Manual de intervención en crisis para niños y niñas en situaciones de desastre*. El Salvador: ACISAM.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Belloso, J.J., García, B., de Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial, *Rev. Asoc, Esp. Neuropsiq.*, vol XX (73), 23-40.
- Beristain, C. (2012). Acompañar los procesos con las víctimas. *Atención psicosocial en las violaciones de derechos humanos* (1era Ed.). Recuperado de: http://www.fcomci.com/sites/default/files/acompanar_procesos_victimas.pdf
- Bhandari, S. (2019, 15 de mayo). What Are PTSD Triggers? *WebMD*. Recuperado de: <https://www.webmd.com/mental-health/what-are-ptsd-triggers#2>
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua, como aprender a vivir con un duelo no terminado*. Colección terapia familiar. Barcelona España: Editorial Gedisa.
- Bremner, J.D., Southwick, S.M. & Charney, D.S. (1999). The neurobiology of posttraumatic stress disorder: An integration of animal and human research, *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1787-95.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *Journal Consult Clinical Psychology*, 68(5), 748-66.
- Carbonell, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: clínica y psicoterapia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(2), 69-75. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600006>
- Carlson, E.B. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Carlson, E. & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of *traumatic experiences*. *Trauma, Violence and Abuse*, 1, 4-28.

- Carlson, N.R. (2002). *Fisiología de la Conducta*. Barcelona: Ariel.
- Castillero, O. (s.f). Sistema nervioso simpático: anatomía, funciones y recorrido. *Psicología y mente*. Recuperado el 15 de noviembre de 2019 de: <https://psicologiymente.com/neurociencias/sistema-simpatico>
- Charney, D.S., Deutch, A.Y., Krystal, J.H., Southwick, S.M. & Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50(4), 295-305.
- Chávez-León, E. (2017). *Trastornos de Ansiedad En: Salud Mental y Psicología* (3ª ed). En J. De la Fuente y G. Heinze [Ed]. México, McGraw-Hill.
- Clow, A., Taorn, L., et al. (2004). The awakening cortisol response: metodological issues and significance. *Stress* 7(1): 29-37
- Coelho, L. & Costa, J. (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de Psicología*, 26(1), 1-10. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16713758001.pdf>
- Comins-Mingol, I. (2015). De victimas a sobrevivientes: la fuerza poética y resiliente del cuidar. *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales*, 22(67), 35-54. Universidad Autónoma del Estado de México
- Dominiczak, M. & Beastall, G. (2019). Biosíntesis del colesterol y de los esteroides, Capítulo 14. En: J. Baynes & M. Dominiczak. *Bioquímica Médica* (2a Ed.). España: Elsevier.
- Duval F., González, F. y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>
- Figueroa, A. (s.f). Memoria emocional: ¿qué es? y ¿cuál es su base biológica? *Psicología y mente*. Recuperado el 23 de octubre de 2019 de: <https://psicologiymente.com/psicologia/memoria-emocional>
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L. y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144 (5), 643-655. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 15-39. <https://doi.org/10.11144/39>
- Gallastegui, J.A. (2019). El trauma psíquico y su impacto en un paciente afectado por el síndrome de Gilles La Tourette. Apuntes para una intervención psicoterapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, (61). Recuperado de <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001063>
- García, E. (2015). Microagresiones ¿Qué son? *Contrapeso.info*. Recuperado el 19 de noviembre de 2019 de: <http://contrapeso.info/2015/microagresiones-que-son/>
- García-Vesga, M. C. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=773/77325885001>
- Gaviria, S. (2006). Estrés prenatal, Neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 7(2).

- Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. (2019). *Recommendation Paper on Training and Capacity Development in Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Development Cooperation. As exemplified in the context of the crises in Syria and Iraq*. Bonn/Eschborn: GIZ.
- Gómez González, B., y Escobar, A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Mex Neuroci*, 3(1), 273-282. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj142k.pdf>
- González-González, C. (2014). Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Salud Jalisco* 1(2)128-132. Recuperado el 06 de febrero de 2020: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj142k.pdf>
- Graeff, F.G. (2003). Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl.1), 21-24.
- Granner, D. (2004). La diversidad del sistema endocrino En R Murray et al. [ed]. *Bioquímica ilustrada de Harper* (16ª ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
- Guinsberg, E. (2005). Migraciones, exilios y traumas psíquicos. *Política y Cultura*, 23, 161-180. Universidad Autónoma Metropolitana recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26702310>
- Guyton, A. & Hall, T. (2006) Adrenocortical Hormones. En A. Guyton & T. Hall, *Textbook of medical physiology* (Chapter 77) (11th ed.). Pennsylvania: Elsevier Science.
- Heim, C., Maloney, E.M., Jones, J.F., Nater, U., Boneva, R. & Reeves, W.C. (2009). Childhood trauma and risk for chronic fatigue syndrome association with neuroendocrine dysfunction, *Archives of general psychiatry*, 66(1), 72-80. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/23759732_Childhood_Trauma_and_Risk_for_Chronic_Fatigue_Syndrome_Association_With_Neuroendocrine_Dysfunction
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hermann, W. & Irle, E. (2004). Hippocampal volume in adult burn patients with and without posttraumatic stress disorder. *American Journal Psychiatry*, 161(12). 2194-2204
- Huber, M. (2014). Discurso: Trauma und Bindung. *Arbeit mit traumatisierten KlientInnen in der Kinder- und Jugendhilfe*, Recuperado de: www.michaela-huber.com
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f). *Médula suprarrenal*. Recuperado el 15 de noviembre de 2019 de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/medula-suprarrenal>
- Janet, P (1894/1919). *Psychological healing*. Nueva York, Estados Unidos: Macmillan.
- Jarero, I. (2013). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Agudo. DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 5(1). Recuperado el 20 de noviembre de 2019: https://www.researchgate.net/profile/Ignacio_Nacho_Jarero/publication/281821320_Comentarios_Sobre_el_Trastorno_por_Estres_Agudo_del_DSM-5/links/55f97eb108ae07629debf764/Comentarios-Sobre-el-Trastorno-por-Estres-Agudo-del-DSM-5.pdf
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Levine, P. (2018). *Trauma y memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo*. Barcelona, España: Eleftheria.

- Martín-Baro, I. (1990). *Psicología social de la guerra: Trauma y Terapia. Colección lecturas Universitaria*, 4. UCA editores, primera edición.
- Martínez, I. y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. Algunos aspectos importantes en la Psicoterapia del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Martínez-Otero Pérez, V. (2012). El estrés en la infancia: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Iberoamericana de Educación*, 59(2), 1-9. <https://doi.org/10.35362/rie5921391>
- McAdams, D.P. (1993). *The stories we live in: Personal myths and the making of the self*. New York: Morrow.
- McFall, M.E., Murburg, M.M., Ko, G.N. & Veith, R.C. (1990). Autonomic responses to stress in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder, *Biological Psychiatry*, 27(10), 1165-1175. DOI: 10.1016/0006-3223(90)90053-5
- McNally, R. (2009). Posttraumatic Stress Disorder. En B. Sadock, V. Sadock, P. Ruiz [ed.]. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Medina, M., Layne B., Galeano M. y Lozada, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencia & Retos*, 12, 177-189. Recuperado el 24 de octubre de 2019 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929306>
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post traumatic stress disorder*. Waterloo, Ontario: Institute Press.
- Mendoza, S., Márquez, O., Veytia, M., Ramos, L. y Orozco, R. (2017). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en estudiantes de preparatoria. *Salud Publica de México*, 59(6), 665-674. México: Instituto Nacional de Salud Publica Cuernavaca. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10653302015.pdf>
- Mingote, J.C., Manchón, B., Isla, I. Perris, A. y Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas psicoanalíticas*, 8. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=161&a=Tratamiento-integrado-del-trastorno-de-estres-postraumatico>
- Morris, L.S., McCall, J.G., Charney, D.S., Morrough, J.W (2020). *The role of the locus coeruleus in the generation of pathological anxiety. Brain and Neuroscience Advances*, <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.641101>
- Muñoz, S. (2018). El núcleo estriado estructura y funciones. *Psicoactiva*. Recuperado el 13 de noviembre de 2019 de: <https://www.psicoactiva.com/blog/nucleo-estriado-estructura-funciones/>
- Nair, J. & Ajit, S.S. (2008). The role of the glutamatergic system in posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums*, 13(7), 585-591.
- Nieto, I. & López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 7(2), 87-104. <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogay el delito. (2017). *DROP Mindfulness (Detener, Respirar, Observar, Proceder)*. Técnicas de contención emocional y manejo del estrés para operadoras y operadores de llamadas

de emergencia. *Programa de Fortalecimiento para la Seguridad de Grupos en Situación de Vulnerabilidad*. Recuperado de: http://www.policia-mas.org/manuales/Manual_Bolsillo_EstresOperadores_IMP.pdf

Olza, I. (2017, 07 de noviembre). Terapia de exposición narrativa para sanar el trauma de los refugiados. *Cuerpo y mente*. Recuperado de http://www.cuerpamente.com/blogs/ibone-olza/terapia-exposicion-narrativa-trauma_1389

Organización Internacional para las Migraciones. (2017). *Modelo de un plan de contingencia consular*. Herramienta de fomento de capacidades de MICIC. Recuperado de: https://micicinitiative.iom.int/sites/default/files/resource_pub/docs/02_sp_consular_contingency_plan_web.pdf

Organización Mundial para la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y salud: resumen. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Padilla, O. (2014, 12 de agosto). Técnicas de relajación para niños y adolescentes. ¿Qué es la relajación? *Perueduca Sistema Digital para el Aprendizaje*. Recuperado el 19 de noviembre de 2019 de: http://www.perueduca.pe/foro/-/message_boards/message/78788157?_19_threadView=tree

Páez, D., Martín Beristain, C., González, J. L., Basabe, N. y de Rivera, J. (2011). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid: Editorial Fundamentos. Colección Ciencia. Recuperado de: http://diarium.usal.es/jgartua/files/2012/07/Capitulo_Igartua_Superando_Fundamentos_2011.pdf

Palacios, L. y Heinza, G. (2002). Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema. *Salud Mental*, 25(3), 29-37.

Parcet, A., Fullana, M. & Rivas. (2016). El miedo en el cerebro humano. *Mente y Cerebro. Investigación y ciencia*, (78). Recuperado el 14 de octubre de 2019 de: <https://www.investigacionyciencia.es/files/23528.pdf>

Perry, B. (2014a). Cómo ayudar a los niños traumatizados. Una breve descripción para los cuidadores del niño. *Child Trauma Academy*, 2-4. Recuperado de: https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/04/Helping_Traumatized_Children_Caregivers_Perry_Spanish.pdf

Piñas, B. (2018). *El acontecimiento traumático y sus efectos psicológicos: Comprendiendo el TEPT*. Recuperado de: <https://www.areahumana.es/trastorno-de-estres-postraumatico/#Autora>

Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. *Serie estudios estadísticos y prospectivos CEPAL*. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf

Puchol, D. (2001). El Trauma Psicológico. *Revista PsicoPediaHoy*, 3(6). Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/trauma-psicologico/>

Rimé, B. (2012). *La compartición social de las emociones*. Bilbao: Deckerle de Brouwer.

Robles, M. E., Badosa, J. M., Roig (2009). La evaluación del estrés y del trauma: presentación de la versión española de la escala de trauma acumulativo (CTS). *Revista de Psicoterapia*, (80), 80-104. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/272088636_La_evaluacion_del_estres_y_del_trauma_presentacion_de_la_version_espanola_de_la_escalade_trauma_acumulativo_CTS

- Rodríguez-Fernández J., García-Acero M., Franco P. (2012). Neurobiología del Estrés Agudo y Crónico: Su Efecto en el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal y la Memoria. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 21,78-90
- Romero Acosta, K., y Ruiz, F. (2015). El trastorno de estrés postraumático en niños preescolares: una revisión literaria. *Katharsis*, (20), 145. <https://doi.org/10.25057/25005731.732>
- Ronzoni, G. (2017). Corteza prefrontal, amígdala y estrés : estudio de la noradrenalina, corticosterona y memoria aversiva en la rata [Tesis Doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Rovira, I. (s.f). Locus coeruleus: su anatomía, funciones y enfermedades. *Psicología y mente*. Recuperado el 13 de noviembre de 2019 de: <https://psicologiymente.com/neurociencias/locus-coeruleus>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Saavedra J., Díaz W., Zúñiga L., Navia C. y Zamora T. (2015). Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. *Morfología* 7(2), 31-45.
- Sánchez-Navarro, J. P. y Román, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de Psicología*, 20, 223-240.
- Sánchez-Ramírez, J. y Uribe-Velásquez, L. (2009). Aspectos neurobiológicos implicados en el miedo animal. *Biosalud*, (8), 189-213.
- Santiago, P. (2019, 2 de enero). ¿Qué es un trauma psicológico y qué efectos tiene? *Centro de psicología. Madrid*. Recuperado el 25 de octubre de 2019 de: <https://www.psicologoenmadrid.co/trauma-psicologico/>
- Schäffer, L., Müller-Vizentini, D., et al. (2009). Blunted stress response in small for gestational age neonates. *Pediatric Research*, 65: 321-325
- Seara, J.L.F. (2002). *Estrés y salud*. Salamanca: Grupo Editorial Universitario.
- Serra, A.V. (2003). *O trastorno de estrés pós-traumático* (1 ed.). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado tomar el control de tu vida con EMDR*. Barcelona: Kairos.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66(67), 5-30.
- Snell, R.S. (2003). *Neuroanatomía Clínica* (7ª ed). Barcelona, Wolters Kluwer.
- Solís, H. y López-Hernández, E. (2009). Neuroanatomía funcional de la memoria. *Archivos de Neurociencias*, 14(3), 176-187. Recuperado 22 de agosto de 2020 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2009/ane093f.pdf>
- Southwick, S.S., Yehuda, R., Wang, S. (1998). Neuroendocrine alterations in posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*, 28, 436-442.
- Williams, M. (2015). *Manual del tratamiento del TEPT*. Bilboa: Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433027733.pdf>
- Yehuda, R. (2000). *Biology of posttraumatic stress disorder*. *Journal Clinical Psychiatry*, 61 (7), 14-21.

