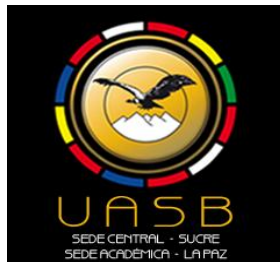


UNIVERSIDAD ANDINA “SIMÓN BOLÍVAR”

SEDE LA PAZ



MAESTRIA EN PSICOTERAPIA GESTALTICA

“TRAUMAS EN PERSONAS ATRACADAS”

Experiencias traumáticas de personas que fueron atracadas en la ciudad de La Paz, 2008 – 2010, sus secuelas y un tratamiento terapéutico: Un enfoque gestáltico.

ESTUDIO DE CASO PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA.

Maestrante Lic. Luis Hugo Jiménez Carrasco

Tutor: Lic. Teresa Baldiviezo Álvarez

La Paz, mayo de 2013

Dedicatoria

A Dios mi Pastor, que es verdad y luz

A María Auxiliadora Madre Absoluta

A mi esposa que es todo amor e inspiración

A mis hijos que son mi bendición

A mis nietos Milagro Divino

A mi familia que me tolera

A mis amigos de verdad

Agradecimiento

A la Lic. Teresa Baldiviezo por sus enseñanzas y por la Tutoría

A la Universidad Andina Simón Bolívar por la coyuntura en mi vida

INDICE

Página

1	CAPÍTULO 1 Introducción	5
1.1.	Planteamiento del problema	5
1.2.	Objetivos	8
1.2.1.	Objetivo General	8
1.2.2.	Objetivos Específicos	8
1.3.	Justificación y pertinencia del tema	8
2	CAPÍTULO 2 Marco Teórico Conceptual	10
2.1.	La Gestalt	10
2.2.	El Enfoque Gestáltico	10
2.3.	Bases de la Gestalt	10
2.3.1.	El darse cuenta	11
2.3.2.	El aquí y ahora	11
2.4.	Principios de la Gestalt	12
3	CAPÍTULO 3 Metodología de la investigación	13
3.1.	Metodología	13
3.2.	Muestra	14
3.3.	Tipo de investigación	14
3.4.	Hipótesis de trabajo	15
4	CAPÍTULO 4 Caso Clínico	15
4.1.	Presentación del caso	15
4.2.	El Estrés	18
4.2.1.	Tipos de Estrés	19
4.2.1.1.	Estrés positivo	20
4.2.1.2.	Estrés negativo	20
4.2.1.3.	Estrés Sociológico	20
4.2.1.4.	Estrés Laboral	21
4.2.1.5.	Estrés Familiar	21
4.2.2.	Causas del Estrés	21
4.2.2.1.	Estrés Laboral	21
4.2.2.2.	Estrés Familiar	21
4.2.2.3.	Estrés Social	21
4.2.3.	Síntomas Generales del Estrés	22
4.2.4.	Condiciones Desencadenantes del Estrés	22
4.2.5.	Agentes Estresantes	23
4.2.6.	Aspectos Patológicos del Estrés	24
4.2.6.1.	Mecanismos de Defensa	24
4.2.6.1.1.	MD que provocarán óptima adaptación	24
4.2.6.1.2.	MD permiten mantener fuera de la consciencia	25
4.2.6.1.3.	MD id sin ser atribuidos a causas erróneas	26

4.2.6.1.4.	MD en confront. a amenazas c/acción o retirada	26
4.3.	El Estrés Postraumático	27
4.3.1.	Diagnóstico Diferencial	30
4.3.2.	Criterios para diagnosticar el estrés Postraumático	32
5	CAPÍTULO 5 Sesiones de Psicoterapia	35
5.1.	El Grupo	35
5.1.1.	Entrevistas	35
5.1.2.	Sesiones Grupales	39
5.1.2.1.	Proceso Terapéutico	42
6	CAPÍTULO 6 Conclusiones	44
6.1.	Referente al proceso del caso	44
6.2.	Referente a los objetivos	45
7	RECOMENDACIONES	46
8	Bibliografía	48

“TRAUMAS EN PERSONAS ATRACADAS”

Experiencias traumáticas de personas que fueron atracadas en la ciudad de La Paz, 2008 – 2010, sus secuelas y un tratamiento terapéutico: Un enfoque gestáltico.

CAPÍTULO 1 INTRODUCCION

1.1. Planteamiento del problema

Considero que un tema a investigar es el relacionado con las re vivencias de lo acontecido a personas que han sufrido atracos.

En la ciudad de La Paz, especialmente en el barrio de Sopocachi, por la proliferación de locales nocturnos y por la tradición de que esta zona está poblada de gente de clase media con altos ingresos, es que se ha desatado una ola de atracos a los transeúntes después de las 22.00 horas.

Yo he sido víctima de un atraco, un día en que fui a guardar mi vehículo, al regresar a casa de la que me encontraba a cuatro cuadras. Bajando por la calle, se me cruzó una persona que parecía lo más normal, y por atrás me propinó un golpe con un objeto contundente en la parte lateral de mi cabeza, dejándome inconsciente por varios minutos, tendido en el suelo.

Después de despojarme de mis pertenencias, cuando recobré el conocimiento, me incorporé y se me acercó un guardia vigilante e hizo que me ayude a incorporarme. Cuando le pedí que me acompañara a mi casa me dijo que yo no podía caminar y que tomáramos un radiotaxi que casualmente apareció. Casi a empujones me introdujo al radiotaxi y en lugar de llevarme a mi casa se desvió por otra ruta. Recogió al individuo que me golpeó y entre los dos me redujeron en el asiento trasero, apuntándome con un revólver, me hicieron decir las claves de mis tarjetas

que me habían sustraído. Cumplida esta tarea, me fueron a dejar en un lugar de escombros en Llojeta (lugar sub urbano).

Aparentemente yo era una de las pocas personas a quienes habían atracado pero, al contarlo a mis amistades y familiares, me sorprendí de que cada uno de ellos tenía o conocía a otra persona a quien también la habían atracado, en ese sentido pude darme cuenta de que la incidencia de este problema era muy latente.

Lo interesante del tema, es que esto me ocurrió en octubre de 2008 y aparentemente había superado este incidente. Quienes se encontraban preocupados en tiempo muy cercano al suceso ocurrido, eran mis familiares cercanos, mi esposa y mi hijo menor, quienes me recibieron esa noche del suceso, entonces me vieron todo traumatado y ensangrentado y luego de darme los auxilios respectivos, quedaron impactados por lo ocurrido y se preocupaban constantemente por mis salidas y llegadas a la casa a tal punto de tomar nota de las placas de los radio taxis y monitorearme mediante celular de mi ubicación fuera de la casa. Consideraba a esa altura una exageración por tantas medidas de seguridad ya que más bien daba gracias a Dios no haber sufrido un daño físico de consideración por el golpe recibido.

Sin embargo después de aproximadamente un año, cuando a una amiga de la casa la atracaron llevándola en un taxi de la misma forma que a mí me atracaron, sentí una sensación de revivir todo aquellos instantes en que fui víctima del atraco y allí comencé a sentir fobia a embarcarme a los radiotaxis y temer a ser víctima nuevamente de otro atraco.

Sensación que ahora persiste y busco evitarla.

En consecuencia, me gustaría llegar a un buen número de esas personas que al igual que yo han sido atracadas y sistematizar sus experiencias con ellas este sentimiento traumático que llevan.

El tema en cuestión busca reunir a personas que en número limitado han sido víctimas de atraco por parte de delincuentes que los han golpeado y además despojado de sus pertenencias y han ejercido presión sobre ellas y las han obligado a retirar dinero de los cajeros automáticos, en el barrio de Sopocachi durante los años 2008 al 2010.

La demarcación cronológica se centra entre los años 2008 a 2010, dado de que en ese lapso de tiempo apareció este tipo de atracos impresionando a la población especialmente al barrio de Sopocachi. Mencionaba que las características del barrio son que se encuentran varios centros nocturnos como bares, whiskerías, snacks, y restaurantes que son frecuentados por jóvenes y adultos de relativo buen ingreso económico. Al contrario de otros barrios que también tienen este tipo de locales pero sin la concurrencia de gente de ese nivel económico como ser de empleados públicos, o empresarios privados de la pequeña y mediana empresa.

Al encarar este tema, considero que puede tener una implicación además de beneficio al bienestar de los sujetos a convocar, podría proporcionar algunas pautas para que los vecinos de esta zona tengan a bien tomar precauciones y evitar ser atracados.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

A través de un Estudio de Caso, quiero describir y analizar el atraco a seis personas como experiencia traumática, con consecuencias de estrés postraumático y con técnicas de autoconocimiento lograr su integración.

1.2.2. Objetivos específicos

- 1.2.2.1. Lograr una comunidad de trabajo con las personas que sufrieron el atraco
- 1.2.2.2. Demostrar que las personas a quienes se las atracó guardan ese recuerdo y que en algún momento experimentan o experimentaron estrés postraumático.
- 1.2.2.3. Conocer el impacto del atraco y sus repercusiones en las personas investigadas y plantear estrategias para identificar el trauma y buscar su tratamiento.
- 1.2.2.4. Buscar con el autoconocimiento como herramienta la integración y el reconocimiento del atraco como experiencia traumática.

1.3. Justificación y pertinencia del tema

- 1.3.1. Este tema tiene relación directa con la Terapia Gestáltica¹ y busca sistematizar el procedimiento de trato con estas personas que al ser atracadas han sufrido este trauma que prevalece latente en el inconsciente y que tiempo después se presenta y ocasiona la revivencia un estado de malestar y fobia que se pretende subsanar.
- 1.3.2. En el contexto social este tema cobra relevancia y expectativa debido a que de un tiempo a esta parte se han estado cometiendo este tipo de atracos en forma frecuente e indiscriminada en el barrio de Sopocachi de la ciudad de La Paz por dos aspectos:

¹ Peñarrubia Francisco. *Terapia Gestalt: la vía del vacío fértil*. España Alianza Editorial 2008.

Uno de que han proliferado en esta zona una serie de centros de reunión social tales como discotecas, bares, restaurantes y locales donde se expenden bebidas alcohólicas y son frecuentadas por gente joven y de cierto nivel socio económico y, otro porque el barrio se caracteriza por estar habitado por gente de un relativo nivel económico elevado.

- 1.3.3. En otro aspecto, al haber sido víctima de este atraco y de haber comprobado que existen varias personas del barrio que fuimos atracados en ese lapso de tiempo, me interesa conocer de cerca la revivencia del trauma de estas personas y que a través de herramientas gestálticas como el autoconocimiento, pueda acercarme a ellas y profundizar el tema con el objeto de conocer cómo funcionan las partes libres de conflicto de la personalidad, en contraposición de las áreas conflictivas o bloqueadas de la misma e integrar a estas personas y buscar su auto realización.
- 1.3.4. Como lo menciona Fritz Perls²: “Quien viene a la terapia lo hace para confirmar su neurosis, el mismo hecho de acudir a sesiones, es una forma de tomar el riesgo que puede llevarlo a mejorar su calidad de vida” donde mi meta será buscar que el sujeto logre su autoapoyo.
- 1.3.5. Considero que es un tema actual por la incidencia de casos que se presentan especialmente en ésta época, es pertinente porque lo he experimentado personalmente y es importante dado que ocasiona un trauma muy severo que aparentemente se esconde en un principio para revivir posteriormente a través de fobias y temores que experimenta el sujeto en su diario vivir.
- 1.3.6. Todas las psicoterapias son válidas, en tanto tengan como fin común el bienestar del ser humano.

² Perls, Fritz. *El enfoque gestáltico: testimonios de terapia*. Chile. Cuatro vientos Editorial. 1976

CAPÍTULO 2 Marco Teórico conceptual

2.1. La Gestalt

La palabra GESTALT (alemán) es usada como término holístico, de la forma, de la totalidad, es la que rige en nuestro tema. Contiene la figura y el fondo, las partes pertenecen a un todo y todo está conformado por partes. Se basa en la percepción y la experiencia, muchas veces se percibe la figura y no el fondo o puede suceder a la inversa. Cuando tenemos una experiencia que nos preocupa, se fija nuestra atención en la figura dejando el fondo poco perceptible, si esa experiencia se soluciona o se concluye se cierra esa discrepancia y nace una nueva experiencia atendiendo a una nueva necesidad.

2.2. El Enfoque Gestáltico

Se llama Enfoque Gestáltico cuando centramos nuestra atención en la totalidad de personas u objetos. Percibimos la globalidad lo que adquiere un significado interno de un contexto determinado, la parte tiene su entorno, pertenece a un todo.

Se dice que existe un Enfoque Gestáltico cuando tenemos conciencia de estar pisando la tierra, de que nuestros pies están firmes y saben donde pisan, sin ambigüedades. Es una forma plena, de libre albedrío, con responsabilidad de nuestros actos y de nuestro ser. Es una forma de vida por lo que se le denomina “enfoque” más que terapia. (*Salama 2001*)

2.3. Bases de la Gestalt

Este enfoque gestáltico creado por Fritz Perls, está basado en la integración de varias corrientes tales como el psicoanálisis de Sigmund Freud; del insight fenomenológico (experiencia inmediata y toma de conciencia) del existencialismo que pregona el respeto al individuo y su responsabilidad; el budismo de Zen y otras

religiones orientales, el psicodrama de Moreno por la dramatización de lo acontecido; las teorías de Friedlander, Reich y otros.

2.3.1. El darse cuenta

El concepto clave del Enfoque Gestáltico es el “darse cuenta” (awareness) es el “aquí y ahora” es el “cómo me siento” con lo que uno percibe, siente y es, natural, espontáneamente. Consta de tres zonas:

La zona de darse cuenta del mundo externo, su contacto con los objetos y actos que se hallan fuera de nosotros en la actualidad, objetivo, real, palpable, siento el aroma de, degusto el sabor de, oigo el sonido de, lo obvio, lo que aparece ante mis sentidos y lo percibo.

La zona interna, todo lo que percibimos dentro nuestro cuerpo, nuestros movimientos, nuestros temblores, nuestras sensaciones, nuestro latido, nuestra respiración, nuestras molestias y dolores, por ejemplo: siento un estado de euforia en mi ser, siento que me late el corazón con prisa, siento una sensación de malestar que recorre mi cuerpo, etc.

La tercera zona es una intermedia o de la fantasía, que consiste en proyectarse más allá del presente, anticipándose al futuro, rememorando el pasado, influye la imaginación, la especulación y la predicción, por ejemplo: ¿Qué me pasará mañana? ¿estará bien lo que haga? Antes no pude hacerlo. Establecer que es producto de la imaginación y aceptarlo como lo que es. (*Salama 2001*)

2.3.2. El aquí y ahora

El pasado no existe, el futuro es incierto, es una ficción, pero nos damos cuenta en el presente de que existió un pasado que es experiencia y también en el presente visualizamos el futuro como irreal ahora. El pasado y el futuro los percibo aquí y ahora. Cada uno de ellos como ideas concretas que me doy cuenta, del pasado que

ya fue y el futuro que aún no llega y que esta concepción la tengo ahora que es el presente. Ya sea recordar (pasado) o anticipar (futuro) está sucediendo eso ahora.

Perls privilegiaba el “como” antes del “por qué” indicando que tratar de explicar el “por qué” es investigar las causas. En cambio el “cómo” nos muestra la estructura de lo que ocurre dándonos perspectiva y orientación, identifica la identidad y la función de la estructura. Al cambiar la estructura, la función también cambia, si cambiamos la función, la estructura también cambia.

El enfoque Gestáltico se basa en esas palabras que son los dos pilares el “aquí y ahora” y en el “cómo”. Reconocer el “aquí y ahora” buscando darnos cuenta “cómo” lo hacemos. (*Perls 1973*)

2.4. Principios de la Gestalt

La terapia gestáltica busca como primer objetivo que el individuo se muestre tal como es frente a los demás, compartiendo sobre sí mismos, que se den cuenta de lo presente y de la fantasía, realizando actividades vivenciales. Se explora el ámbito afectivo más que el de racionalizaciones. Que se den cuenta de su cuerpo y de sus sentidos.

Buscar medios para unir sentimiento y pensamiento, sacar las resistencias y tomar conciencia de ellas, ejercitar la responsabilidad individual, encontrar el proceso de maduración.

El hecho de que un individuo sea atacado ocasiona un cambio en su personalidad apareciendo un estado de neurosis con resistencia al cambio causando daño a su salud y presentando conductas inconscientes y automáticas. Estas personas necesitan liberar energías del pseudo yo³ y convertirse en un yo consciente para

³ Salama Penhos, Héctor. *Psicoterapia Gestalt: proceso y metodología*. México. Alfaomega Grupo Editor 2001

crecer, caso contrario seguirá estancado y confluirá paralizándose rumbo al decrecimiento. (*Perls 1973*)

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Metodología

La palabra metodología significa “hacer camino” para satisfacer los objetivos propuestos y llegar a la verificación de nuestra hipótesis se han seguido una serie de pasos con este propósito los que se vienen a detallar a continuación.

Se ha buscado la bibliografía específica sobre el tema, tanto en publicaciones, libros y artículos en internet. Lamentablemente es escasa la cantidad de estudios específicos sobre el tema sin embargo, éstos han dado luces para iniciar este trabajo.

Se ha tomado principalmente como lectura básica, los libros de Fritz Perls, de Erving y Miriam Polster; de Hector Salama Penhos, de Francisco Peñarrubia; de Colette Jansen Estermann y otros; todos ellos sobre la Psicoterapia Gestáltica y, a Roberto Hernandez Sampieri y colaboradores, Raúl Mejía Ibañez, Guillermina Baena y Sergio Montero, Armando Zubizarreta y otros en temas de Investigación.

Se han elaborado las fichas bibliográficas y cuadros sinópticos de conceptos y términos utilizados; mapas mentales y cuadros comparativos en base a los mismos he dado forma a la estructura de mi trabajo.

3.2. Muestra

La muestra fue determinada por sujetos voluntarios, en la que se necesita la aprobación de los sujetos para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos a utilizar.⁴

Se ha tomado contacto directo con personas que han sufrido atraco con lesión física y robo, a quienes he solicitado su cooperación para trabajar con ellos.

Se han realizado las actividades psicoterapéuticas con seis personas de quienes se ha registrado los datos proporcionados.

3.3. Tipo de investigación

La presente investigación, debido a sus características es de tipo Transversal Descriptiva, debido a que se orienta al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio temporal dada⁵.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas o grupos que sean sometidos a análisis. (*Danke, 1986*). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar⁶ Describen lo más importante de las variables en estudio, mide de manera independiente los conceptos o variables con los que tiene que ver.

⁴ Hernandez Sampieri, Roberto, Fernandez Collado, C., y Baptista Lucio, P., *Metodología de la Investigación*, Ed. Mc Graw Hill, México, 2004. Pag. 60

⁵ Sanchez, H. y Reyes, C. *Métodos de Investigación científica*, Lima Perú. 1996

⁶ Hernandez Sampieri, Roberto, Fernandez Collado, C., y Baptista Lucio, P., *Metodología de la Investigación*, Ed. Mc Graw Hill, México, 2004. Pag. 61.

3.4. Hipótesis de trabajo

Las personas que sufrieron este atraco han experimentado este hecho como experiencia traumática e inmediatamente lo han almacenado en el inconsciente y lo manifiestan mediante el estrés psíquico y en determinado momento se produce una revivencia del acontecimiento, causando problemas de conflicto emocional el mismo que con el autoconocimiento y el afrontamiento del suceso puede llegar a lograr la integración.

El atraco constituye una experiencia traumática con secuelas que requieren de un trabajo terapéutico.

CAPÍTULO 4 CASO CLÍNICO

4.1. Presentación del caso

Considero que la investigación de este tema es nuevo, dada su aparición recién a partir del año 2008, precisamente cuando empezaron a aparecer estos establecimientos de expendio de bebidas, restaurantes y discotecas en la zona, sin embargo existen trabajos sobre ataques callejeros y robos a personas transeúntes, aparte del trabajo de investigación que realizó la Dra. Colette Jansen Esterman y publicadas en el libro “Cicatrices y Crecimiento”⁷ donde sistematiza información sobre hechos traumáticos en estudiantes de la Universidad Pública El Alto (UPEA); Universidad Católica Boliviana (UCB) y Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), identificando algunos de los eventos traumáticos que declaran los estudiantes tales como: “Agresión física en el hogar”; “Accidente de tráfico”; “Descuido físico”; “Separación de los padres”; “Accidente”; “Muerte violenta de

⁷ Jansen Estermann, Colette, *Cicatrices y Crecimiento, las experiencias traumáticas y los recursos existentes en la población estudiantil de La Paz y El Alto, Bolivia*. Editorial Verbo Divino 2010.

persona desconocida”; “Agresión verbal en el hogar”; “Hospitalización”; “Abuso sexual”; “Encarcelamiento”; “Problemas de dinero”; “Muerte violenta de persona cercana”; “Desastre natural”; “Asalto/robo”; “Ruptura de la relación de pareja”; “Violencia sexual”; desconozco trabajos específicos sobre el tema en cuestión donde mediante un “modus operandi” sui generis, los atracadores además de robar a sus víctimas les producen un traumatismo físico como psíquico. Sin embargo pese a haber visitado la biblioteca de la Universidad Mayor de San Andrés y el Centro de Documentación de la FELCN no he encontrado nada escrito sobre el particular. Sin embargo existen trabajos sobre temas parecidos tales como: “Asalto a mano armada”; “Robo a las personas”; “Riñas y peleas callejeras”; “Atraco en cajeros automáticos”. En internet, lamentablemente no hay el término “atraco” sino “ataque”; por lo tanto no hay referencia de este acto. Existen artículos de que la H. Alcaldía que exige el sticker a los radio taxis para que los usuarios no sean víctimas de atracos. Al buscar “testimonios de personas atracadas en La Paz” tampoco aparece información más existen testimonios de personas que se hallaban presentes espectando atracos pero a Joyerías, a peaje en manifestaciones sociales, etc. asimismo, se ha encontrado el artículo “la paranoia tras un atraco” escrito por Robert Preidt⁸ que no lo considera como estrés postraumático sino como paranoia. En resumen no existe información específica al respecto.

Al tomar contacto con la oficina de Relaciones Públicas de la FELCN, me sorprendieron las preguntas a las que me vi expuesto: “¿Con qué objeto pide esa información?” “¿De qué caso específico quiere saber esa información?” “De qué fecha, de quién y en qué lugar ha sido el atraco?”. Al exponer al dependiente sobre el motivo de mi requerimiento encontré un fuerte hermetismo de esa información y

⁸ De la Psychological Medecine publicada el 27 de marzo de 2013 donde se seleccionó 100 personas que habían sido atracadas con lesiones leves, se las ubicó en observación en un hospital durante seis meses y el 80% de estos pacientes refirió sentir más miedo; tener la sensación de que volvería a ser atacado cerca a su casa; de sentirse derrotado; de sentir una preocupación posterior excesiva; de sentirse abandonado y de padecer insomnio. Y se diagnosticó “paranoia” como caso poco conocido posterior al atraco.

preguntado al Encargado de esa sección me respondió que esa información sólo puede administrarse al interesado con una Orden Judicial o a Requerimiento Fiscal.

Lo que muestra que no existe la accesibilidad a esa información y que esta además no se encuentra publicada en ningún texto, revista, ni boletín. Por lo tanto, la alternativa es acudir personalmente a las personas que han sufrido este atraco y recabar información que nos pueda orientar al respecto.

Las personas que han sufrido el atraco padecen permanentemente de un estrés psíquico producto del trauma sufrido, lo que genera un cuadro de escasos recursos y estrategias de afrontamiento, ocasionando un desequilibrio.

Según lo expresa Colette Jansen,⁹ “... Una teoría para explicar este efecto recíproco sorprendente, ve en el estrés no exclusivamente una consecuencia, sino también una causa. Cuando llega a la cadena de experiencias traumáticas otro miembro nuevo, que produce el recuerdo de los demás anteriores, provoca otro estrés enorme. La persona afectada moviliza entonces todos sus recursos y estrategias de coping para seguir adelante. Sin embargo, sus esfuerzos obsesivos para bajar el estrés, fallan por lo menos por el momento; producen solamente frustración y desesperación, subiendo adicionalmente el nivel de estrés.

Estas personas que fueron atracadas, padecen de una amnesia disociativa de gran importancia porque esa dinámica de la consciencia les ha servido para sobrevivir, evidentemente bajo un estado de estrés psíquico que va correlacionado con un alta y baja de disociaciones con este estrés, lo que significa un consumo considerable de energía.

⁹ Jansen Estermann, Colette. *Cicatrices y Crecimiento*. La Paz Bolivia. Editorial Verbo Divino. 2010

La dinámica de consciencia disociativa, constituye un obstáculo para encontrar en el sujeto un proceso de curación.

4.2. El estrés

Estrés (del inglés stress, 'fatiga') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Estrés "es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga", esto implicaría la interacción del organismo con el medio ambiente ya sea éste otro organismo o el medio en que nos desenvolvemos, lo que nos podría llevar a definir el estrés según el estímulo (a) la respuesta (b) o el concepto estímulo-respuesta (*Selye 1982*)

Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.

Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.

Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.

Cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada.

Esta respuesta lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y por las modificaciones que estas secreciones hormonales provocan sobre nuestro organismo, responsables de nuestras reacciones ante el estrés, ya sean funcionales u orgánicas.

Si estos cambios se hacen en armonía, es decir si las respuestas son adecuadas al estímulo o para explicarlo de otra manera, si están adaptadas a las normas

fisiológicas del sujeto, se habla de eustrés o buen estrés, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio.

Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al distres o mal estrés.

Cada factor de estrés tendrá por supuesto, una respuesta específica de acuerdo al agente causal, pero estará siempre acompañado por una respuesta complementaria biológica y común a todos esos factores y por lo tanto no específica, es decir, independiente del tipo de factor causante y que se traduce por un conjunto de cambios y de reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) tipifica el estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción".

El estrés es "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar" (*Lazarus (1966)*)

Es esta respuesta, la cual lleva a una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales, previa evaluación o atribución consciente o inconsciente de los factores estresantes, la que permite responder adecuadamente a las demandas externas.

Es decir, las respuestas del organismo se realizan en los planos biológico, físico y psicológico a través del complejo sistema psiconeuroendocrinológico.

4.2.1. Tipos de Estrés

Podemos nombrar varios tipos de Estrés:

4.2.1.1. Estrés Positivo

Es un mecanismo normal que se activa automáticamente frente a un problema percibido claramente e interpretado con verdadera rapidez, tomándose una decisión inmediatamente.

Una vez resuelto el problema, el organismo vuelve a su normal funcionamiento, recuperando su equilibrio.

El estrés positivo o “eustres” a corto plazo que proporciona una resistencia inmediata, surge en puntos de mayor actividad física, entusiasmo y creatividad, surge cuando la motivación y la inspiración son necesarias.

4.2.1.2. Estrés Negativo

O “distrés” que puede producir diversas enfermedades y trastornos. El organismo no puede recuperarse, sufriendo por lo tanto un gran desgaste.

El distrés es un estrés negativo provocado por los reajustes constantes o alteraciones en una rutina. La angustia crea sentimientos de malestar y falta de familiaridad.

Hay dos tipos de distrés. El estrés agudo es un estrés intenso que llega y desaparece rápidamente. El estrés crónico es un estrés prolongado que existe desde hace semanas, meses, o incluso años.

4.2.1.3. Estrés Sociológico

Es el que se produce ante una situación de crisis social, ante la proliferación comunicacional de noticias negativas, ante la violencia cotidiana, la irritabilidad urbana, etc.

4.2.1.4. Estrés Laboral

El estrés laboral aparece por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral, es decir a factores como ser: Inseguridad de trabajo y falta de oportunidad para el crecimiento personal, el fomento, o el ascenso; cambios rápidos para los cuales los trabajadores no están preparados, condiciones desagradables y peligrosas como las áreas de ruido, la contaminación del aire.

4.2.1.5. Estrés Físico

Se produce por la agresión al organismo por causas físicas, por ejemplo Entre los signos más comunes están: dolor en la espalda, estreñimiento o diarrea, dolores de cabeza, presión arterial alta, falta de respiración, tensión en el cuello, malestar estomacal, subida o bajada de peso. (*Bautista, 2002*)

4.2.2 Causas del Estrés

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar). El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una fila o en tráfico.

A continuación mencionaremos algunos de ellos:

4.2.2.1. Estrés laboral: por exigencia del sistema laboral, con gran demanda de trabajo y poco tiempo para realizarlo; conflictos con su jefe o con sus compañeros de trabajo.

4.2.2.2. Estrés familiar: divorcio; enfermedad; fallecimiento de un ser querido; problemas económicos; problemas conyugales; violencia familiar.

4.2.2.3. Estrés Social: Situaciones que se viven colectivamente, relacionadas a noxas del medioambiente físico químico y psicosocial, como un clima inhóspito, el ruido ambiental

excesivo, aglomeración de personas en espacios reducidos, violencia social, desocupación, etc. (Rojas E., 1999)

4.2.3. Síntomas Generales del Estrés

El efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo es profundo:

Predominio del sistema nervioso simpático (vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, taquipnea, ralentización de la motilidad intestinal, etc.)

Liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), de cortisol y encefalina.

Aumento en sangre de la cantidad circulante de glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunológicos.

Todos estos mecanismos están pensados para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, no para que se los mantenga indefinidamente, tal como suele pasar.

A medio plazo, este estado de alerta sostenido desgasta las reservas del organismo y puede producir diversas patologías (trombosis, ansiedad, depresión, inmunodeficiencia, dolores musculares, insomnio, trastornos de atención, diabetes, etc. (Melgosa; 2000).

4.2.4. Condiciones Desencadenantes del Estrés

Los llamados estresores o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis).

Una parte importante del esfuerzo que se ha realizado para el estudio y comprensión del estrés, se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este proceso.

La revisión de los principales tipos de estresores que se han utilizado para estudiar el estrés, nos proporciona una primera aproximación al estudio de sus condiciones desencadenantes, y nos muestra la existencia de ocho grandes categorías de estresores: situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente, estímulos ambientales dañinos, percepciones de amenaza, alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.), aislamiento y confinamiento, bloqueos en nuestros intereses, Presión grupal. (Bautista, 2002)

4.2.5. Agentes Estresantes

Para saber si una persona esta estresada, debemos saber qué significado le da la persona a los acontecimientos siempre que se considera a un estresor como una amenaza se produce una reacción de estrés especialmente fuerte (Lazarus, 1991). (Seyle 1982) define “estresor” como aquellos agentes o demandas que producen la respuesta de estrés.

Los factores estresantes no son solo eventos físicos, sino también psicológicos. (Meinchenbaum 1983) dice que las fuentes de estrés residen en hechos de la vida cotidiana, eventos traumáticos, pérdidas y cambios culturales.

Los estresantes se pueden dividir en dos: Las demandas frustrantes que caracterizan las transacciones diarias del individuo con el medio ambiente y los que se caracterizan por ser repentinos, únicos y por afectar a un gran número de personas. (Monat y Lazarus 1991)

4.2.6. Aspectos patológicos del estrés

Cuando el estrés hace presa del organismo, se convierte en términos comunes “una bomba de tiempo” allí es cuando la respuesta natural del individuo se traduce en “Mecanismos de defensa” que son protectores ante la noxa, estos mecanismos de defensa se constituyen en canalizadores del estrés y son de varias formas en que pueden presentarse:

4.2.6.1. Mecanismos de Defensa

4.2.6.1.1. Mecanismos que provocarán una óptima adaptación ante acontecimientos estresantes:

Afiliación: El individuo, ante una amenaza interna o externa, busca ayuda y apoyo en los demás.

Altruismo: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás. Actitud o comportamiento caracterizado por conductas prosociales que suponen entrega y consideración hacia los demás, con olvido o detrimento del interés propio. Cuando se utiliza como mecanismo de defensa, el individuo se enfrenta a los conflictos emocionales y a las amenazas de origen interno o externo, dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás. Con ello obtiene una gratificación, bien de tipo vicariante, bien directa, por la correspondencia de los demás. Se encuadra en un nivel de adaptación elevado.

Anticipación: El individuo, ante amenaza interna o externa o conflicto, anticipa las consecuencias y considera de forma realista soluciones alternativas.

Autoafirmación: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales expresando directamente sus sentimientos de forma no manipuladora.

Autoobservación: El individuo se enfrenta a amenazas internas o externas reflexionando sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, ... y actuando de acuerdo con ellos.

Sentido del humor: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales haciendo hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes.

Sublimación: El individuo se enfrenta a las amenazas canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (deportes).

Supresión: El individuo se enfrenta a los conflictos emocionales evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos que le producen malestar.

4.2.6.1.2. **Mecanismos que permiten mantener fuera de la consciencia lo desagradable:**

Abstención: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales empleando palabras con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones.

Disociación: El individuo se enfrenta mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia.

Formación reactiva: Se enfrenta sustituyendo los comportamientos, sentimientos, pensamientos inaceptables por otros opuestos.

Intelectualización: Se enfrenta generalizando o implicándose en pensamientos excesivamente abstractos para minimizar sentimientos que le causan malestar.

Represión: Se enfrenta expulsando de su consciencia (haciendo inconscientes) sentimientos o deseos que le producen malestar.

Nivel de distorsiones de la imagen de uno mismo de los demás para no perder autoestima o ganarlo:

Devaluación: en momentos de conflicto emocional, el individuo se enfrenta atribuyendo cualidades exageradamente negativas a los demás.

Idealización: El individuo se enfrenta a situaciones de amenaza interna o externa atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.

Omnipotencia: El individuo actúa ante conflicto pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.

4.2.6.1.3. **Mecanismos que permiten mantener situaciones de estrés fuera de la consciencia sin ser atribuidos a causas erróneas:**

Negación: El individuo se enfrenta negándose a reconocer aspectos dolorosos de la realidad externa o de nuestro interior. En caso de darse una total negación de la realidad se denominaría Negación Psicótica.

Proyección: El individuo se enfrenta atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.

Racionalización: El individuo se enfrenta inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos o acciones.

Nivel caracterizado por una enorme distorsión de la realidad:

Fantasia autista: El individuo se enfrenta a situaciones de amenaza interna o externa mediante fantasías excesivas que sustituyen la resolución del problema.

Polarización: El individuo tiende a verse a en o a los demás como totalmente buenos o malos sin conseguir integrar las cualidades positivas y negativas de cada uno.

4.2.6.1.4. **Mecanismos de enfrentamiento a amenaza mediante acción o retirada:**

Agresión pasiva: El individuo se enfrenta con reacción agresiva interna sin que el otro llegue a percibirla, es como una máscara que esconde hostilidad y resentimiento. Puede ser simplemente una respuesta de supervivencia de un subordinado ante un jefe, que no tiene otra forma más abierta de autoafirmación.

Quejas o rechazo de ayuda: El individuo expresa quejas o peticiones de ayuda que esconden rechazo y hostilidad, y que luego se expresan con rechazo o desagrado a cualquier ofrecimiento de ayuda.

Retirada apática: Individuo que en vez de enfrentarse, simplemente se retira sin dar muestras de cambios en sus sentimientos.

Como puede observarse existen distintas formas del organismo para canalizar sus defensas ante el estrés, sin embargo muchas veces estos mecanismos están bloqueados y allí es donde el estrés que ha invadido no tiene escape entonces puede producir en el individuo un estado de neurosis que representa un tratamiento médico especializado el que de lo contrario generará un estado de psicosis.

4.3. El estrés postraumático

El estrés postraumático es una reacción emocional intensa por haber sufrido una experiencia traumática tal como un asalto (atracos) un accidente, un desastre natural como riadas, terremotos, etc., y que afecta con una detención súbita en la vida regular o normal de una persona.

Se puede delimitar el trauma si la persona ha experimentado o presenciado estímulos aversivos como amenaza de muerte, o por su integridad física suya o de los demás, respondiendo con temor, desesperanza o temor intensos. Se verificará si aparecen los siguientes síntomas:

La primera característica de este Estrés Post Traumático consiste en el recuerdo o reexperiencia del hecho traumático por pensamientos, imágenes o sentimientos con el hecho traumático a través de sueños, pesadillas, que le produzcan esa sensación de temor o malestar, reviviendo el hecho tanto física como psicológicamente. Cada situación de revivir el trauma le provoca al individuo una réplica viva del momento original ocasionando así una re traumatización y éste trauma persiste indefinidamente en el tiempo, en la mente del individuo quedando continuamente expuestos al recuerdo del hecho traumático.

Una segunda característica de este proceso constituye un mecanismo natural de defensa, que es el evitar esos pensamientos, sensaciones, personas y lugares que recuerden el hecho traumático vivido y los síntomas de carácter disociativo. Además de experimentar un embotamiento psíquico que consiste en la incapacidad

de recordar aspectos significativos del suceso traumático, aparece una reducción significativa de la vida afectiva, así como la pérdida del interés en participar en actividades que antes practicaba, presentando baja en los sentimientos positivos, falta de esperanzas, y visión de un futuro desolador.

Todas estas reacciones el individuo las desarrolla como un intento de protegerse de emociones intolerables que le recuerden el trauma, una especie de anestesia mental, ya sea por medio del consumo de ciertas sustancias, mecanismos disociativos, amnesia o con una marcada adicción al trabajo, presentando a veces trastornos alimenticios.

La tercera característica del proceso estaría dada por la hiperactivación que consiste en presentar trastornos de concentración, hipervigilancia, irritabilidad, permanente reacción a la defensiva, trastornos del sueño, dificultad para demostrar cariño, pérdida de contacto con la realidad, actitudes regresivas, etc.. El sujeto quiere estar a salvo del recuerdo del hecho traumático original,

El individuo después de haber sufrido el hecho traumático (que puede ser: un accidente, presenciar muerte no natural de personas, recibir un diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal, ataques personales violentos, torturas, encarcelamiento, desastres naturales, ataque sexual, maltrato emocional, abandono, etc.) será sujeto de estrés postraumático en momentos diferentes, dependiendo de la persona, puede presentarse inmediatamente ocurrido el suceso y permanecer, o también presentarse síntomas nuevos y más serios meses o hasta años más tarde.

El estrés postraumático puede presentarse en cualquier tiempo, apareciendo los síntomas generalmente los primeros tres meses posteriores al trauma. Sin embargo pueden transcurrir muchos meses más adelante e inclusive años, antes que la sintomatología aparezca. Muchas veces se confunde con un estado de estrés agudo, siendo la duración de los síntomas la que muestra variaciones importantes. Una gran

parte de los casos suele recuperarse antes de los 3 primeros meses, otros casos reviven el hecho traumático más allá de los doce meses.

La posibilidad de la aparición de este trastorno podría aumentar si el agente estresante se encuentra más cerca o es más intenso.

La experiencia traumática puede presentarse de varias formas: Mediante recuerdos recurrentes; terrores nocturnos donde se revive el hecho traumático; otras veces pero con poca frecuencia, el sujeto presenta estados disociativos donde se reviven escenas del hecho traumático y el individuo actúa como si se encontrara en pleno suceso, esto puede durar durante algunos segundos y hasta horas y a veces días.

Otra forma es cuando el individuo está expuesto a los estímulos que desencadenaron el hecho traumático, como el aniversario del suceso, subir a un vehículo o ascensor similar al que fue escenario del hecho, presentará desórdenes psico fisiológicos intensos.

Ante este estado de malestar el sujeto puede evitar en forma persistente, los estímulos que le recuerden el hecho. Evitará tener pensamientos y sentimientos o relatos sobre el suceso como un comportamiento de evitación que hasta puede llegar a la amnesia total del hecho.

El embotamiento, término que se aplica a la disminución de la reactividad al mundo exterior y puede ser psíquico o una especie de anestesia emocional, aparece poco después del hecho traumático. La persona puede manifestar una indiferencia en la participación en actividades que para él eran gratificantes; asimismo sentir un alejamiento o enajenación de los demás; dejan de sentir algunas emociones tales como la sexualidad, la ternura y la intimidad; puede presentir un futuro desolador llevando una vida anormal.

El individuo con este trauma se torna ansioso y aumenta su activación (arousal) diferente de su forma habitual de comportamiento, tal como insomnio y terrores

nocturnos que reviven el hecho traumático; respuestas exageradas con sobresalto; sensación de que lo están vigilando o vigilar exageradamente; irritabilidad o ataques de ira, manifiesta dificultad de concentración en la ejecución de tareas.

Algo que preocupa es que las personas que sufrieron un trauma, pueden sentirse culpables por haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida, lo que puede desencadenar problemas o conflictos conyugales, o laborales con pérdida del empleo pueden sufrir un desequilibrio afectivo, dificultan considerablemente sus relaciones interpersonales, conducta agresiva u hostil, impulsiva o autodestructiva, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, desesperación, vergüenza, sensación de perjuicio constante, olvido de creencias anteriores, sensación de peligro constante, aislamiento social, cambio de personalidad previa.

Se puede percibir estados de angustia, fobia social, agorafobia, depresión mayor, conducta obsesivo – compulsiva, fobia dirigida específicamente, somatización y fobia a algunas sustancias.

La sintomatología del estrés postraumático puede presentarse en los primeros tres meses de ocurrido el suceso, también luego de un tiempo mayor en meses o incluso en años, antes de que aparezca el verdadero cuadro sintomático.

Este cuadro patológico puede presentarse en personas que carezcan de algún factor predisponente mayormente si el trauma ha sido extremo o de gran magnitud.

4.3.1. Diagnostico diferencial

El diagnóstico de estrés postraumático (EPT) el factor estresante tiene que revestir extrema gravedad como ser estar al borde de la muerte, porque mucho dependerá de este factor estresante para ubicarlo en el trastorno adaptativo donde, podrá tener cualquier intensidad. Pues habrá que diferenciar el diagnóstico adaptativo con el de estrés postraumático, el primero donde las respuestas a un desencadenante extremo no reúne los criterios del segundo donde aparecerán respuestas a desencadenantes

que no son importantes tales como robo de valores, pérdida del empleo, abandono del conyugue, etc..

Habría que hacer un seguimiento minucioso porque, no todos los síntomas presentes en individuos expuestos a un factor estresante de importancia debemos atribuirlos a un trastorno por estrés postraumático.

Si el individuo ha tenido síntomas previos al hecho traumático, de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación, no reúnen los criterios para emitir un diagnóstico de estrés postraumático, más bien deben diagnosticarse como secundarios a otras patologías tales como ansiedad, trastornos del estado de ánimo. etc. O también otros trastornos mentales tales como el trastorno de conversión, trastorno psicótico breve o trastorno depresivo mayor, pese a ser desencadenante a un factor estresante de carácter extremo, debe diagnosticarse como el otro trastorno mental y no como trastorno por estrés postraumático.

También hay que diferenciar el cuadro de estrés agudo con el trastorno por estrés postraumático. El cuadro de síntomas del primero debe presentarse y resolverse en las cuatro semanas posteriores al hecho traumático. Al persistir la sintomatología más de un mes y reúnen los criterios de estrés postraumático, se debe cambiar el estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

No se debe confundir la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo. Los indicadores típicos del estrés postraumático deben distinguirse de las alucinaciones, ilusiones y otras alteraciones de la percepción de la esquizofrenia; pensamientos intrusivos de carácter recurrente que el individuo reconoce que son inapropiados que se diferencian con la experiencia del hecho traumático.

Es muy importante también reconocer la simulación que muchas veces se presenta cuando hay intereses económicos o determinaciones forenses.

4.3.2. Criterios para diagnosticar el Estrés postraumático

El individuo ha estado expuesto a un hecho traumático donde ha sido sometido o presenciado, o ha escuchado un hecho caracterizado por muerte o amenazas para la integridad física suya o de otras personas. El individuo ha respondido con temor u horror profundo.

El hecho traumático es revivido o re experimentado permanentemente como recuerdos recurrentes e intrusos que generan malestar con pensamientos y percepciones o imágenes. También pueden presentarse pesadillas recordando el hecho traumático. Tiene la sensación de que el hecho traumático está ocurriendo nuevamente, mediante alucinaciones e ilusiones durante el sueño y al despertarse.

Se presenta malestar psicológico y fisiológico intenso al ver estímulos que recuerdan algún pasaje del hecho traumático.

Se evidencia una evitación constante de estímulos relacionados con el trauma y embotamiento reactivo general de la persona que no había antes del trauma donde deben estar presentes cualquiera de los siguientes síntomas:

- Deseos esforzados para evitar sentimientos, pensamientos o palabras sobre el suceso traumático.
- Deseos vehementes para evitar lugares, o acciones que motiven el recuerdo del hecho traumático.
- No tiene la capacidad para recordar un pasaje del trauma
- Disminución del interés de participar en actividades importantes.
- Aumento en la sensación de desapego frente a los demás
- Disminución evidente de la vida afectiva
- Aumento de la sensación de un futuro incierto en cuanto empleo, vida conyugal, formar una familia o en fin de llevar una vida normal.

Se percibe sintomatología de incremento en la activación que antes del trauma no existía de acuerdo a los siguientes síntomas:

- Insomnio
- Ataques de ira e irritabilidad
- Falto de concentración
- Hipervigilancia
- Sobresalto permanente.

Entre las diferentes formas de traumas el que tenía mayor prevalencia era el de agresión sexual sin embargo, hoy en día ha surgido una elevada cantidad de traumas por asalto o atracos con agresión física muy traumática y robo, habiéndose presentado casos de muy seria lesión física o de muerte.

Con referencia a los acontecimientos potencialmente traumáticos se distinguen entre aquellos de tipo I, que suceden de repente, por sorpresa, pasan rápidamente y pueden causar síntomas del SEP Simple, por ejemplo “desastres naturales”; y aquellos del tipo II, que se repiten, persisten por mucho tiempo, exigen un proceso de adaptación funcional, ocurren generalmente por ser presenciales de una guerra o violencia doméstica y pueden causar síntomas del SEP Complejo¹⁰ Los eventos del tipo II son “hechos por el ser humano”, mayormente iniciados y dirigidos por el ser humano y tienen cierta intencionalidad, manifestándose como un asunto personal. El tipo III tiene más consecuencias psicosociales. Generalmente son muchos y diversos, persisten encadenados por toda una vida. Suceden de forma colectiva, ocurren en situaciones con una marcada violencia estructural y causan síntomas del SEP estructural.

¹⁰ Jansen Estermann, Colette, *Cicatrices y Crecimiento, las experiencias traumáticas y los recursos existentes en la población estudiantil de La Paz y El Alto, Bolivia*. Editorial Verbo Divino 2010.

Traumas del tipo I	Traumas del tipo II	Traumas del tipo III
Son únicos Duran poco tiempo Pasan de repente Ocurren sobre todo por catástrofes naturales Producen síntomas del SEP Simple.	Se repiten Duran mucho tiempo Llevan a intentos de adaptación Ocurren por una guerra o la violencia doméstica Producen síntomas del SEP Complejo	Son muchos y diversos Forman una cadena de por vida Pasan de forma colectiva durante generaciones Ocurren en situaciones con violencia estructural Producen síntomas del SEP estructural

La traumatización vicaria es una traumatización indirecta donde uno puede desarrollar ciertos síntomas del SEP.

El SEP (Síndrome Post Traumático) Situación – Reacción – Proceso. Es el hecho exterior de un suceso potencialmente traumático (Situación) que produce una experiencia interior significativa, subjetiva y colectiva a la vez (Reacción) afectando a la persona.

Durante el evento traumático, enfrentando la propia muerte, la víctima experimenta un horror y angustia tremenda. Trata de luchar o huir. El agresor no lo permite entonces queda la opción de congelarse (Proceso).

El criterio decisivo para diagnosticar un SEP en un rango moderado o severo debe ser el sufrimiento sentido por la misma persona afectada.

SEP Simple	SEP Complejo	SEP Estructural
Revivencias Evitación y sordera emocional Hiperactivación Criterios de acontecimiento Un único evento	Regulación distorsionada de los efectos Revivencia y disociación Percepción distorsionada de sí mismo y de otros Habilidad distorsionada de relacionarse Esquema cognitivo distorsionado Somatización Criterio de acontecimiento Cierta situación duradera	Intrusiones Pérdida de la sensación de seguridad y confianza Momentos disociativos Vuelcos bruscos a una somatización, agresividad o tendencia al suicidio. Criterio de acontecimiento Situación violenta de por vida.

CAPÍTULO 5 SESIONES DE PSICOTERAPIA

5.1. El Grupo

A cada una de las personas seleccionadas individualmente, conociendo que habían sufrido los ataques y lesiones sufridas se las visitó y conversó con cada una de ellas haciendo éstas un breve relato del atraco sufrido y al manifestarles el deseo de hacer unas reuniones para intercambiar opiniones con otras personas para tipificar este tipo de acciones a que son expuestas todas las personas que viven en la zona y resaltar la falta de seguridad. De las ocho personas visitadas, dos se excusaron de participar, una de ellas por que no quería recordar lo que le habían hecho y la otra manifestó carecer de tiempo.

5.1.1. Entrevistas

Se procedió a hacer entrevistas a cada una de las personas y a recopilar información relevante y a registrarla.

5.1.1.1. Persona N° 1

Es un médico pediatra de 53 años, casado con tres hijos, que trabaja en un centro de atención médica en el barrio de Sopocachi, hacen 3 años, una noche que tuvo una reunión en el Colegio Médico, se trasladaba a su domicilio en la misma zona y estacionó su vehículo a la entrada de su garaje y se bajó para abrirlo y en eso se le acercaron dos personas que aparentemente transitaban por la calle pero al haber abierto su garaje y estar retornando a su vehículo para guardarlo, recibió un golpe en la cabeza y ya no se acuerda más. Al despertar se encontraba en una clínica donde gracias a un vecino de la zona que lo conocía, llamó a sus familiares quienes lo internaron en una clínica. Este vecino lo había encontrado tendido cerca de su vehículo en la

puerta de su garaje. Las lesiones sufridas fueron Traumatismo cráneo encefálico y hematoma con herida en la parte posterior de su cabeza, gracias a Dios sin lesiones graves.. Le robaron sus pertenencias, dinero, aproximadamente Bs. 700, \$us. 20 dólares, su celular, su reloj y un maletín de médico. Parece no haber tenido la intención de robarle el vehículo.

5.1.1.2. **Persona N° 2**

Esta segunda persona, una señora de 48 años casada con dos hijas, que subió el año 2009, a un radio taxi en la Av. 16 de julio y que pidió ser trasladada a la calle Mendez Arcos a las 21.30 de la noche, una vez embarcada el radiotaxi se fue por el túnel de la universidad y allí el radiotaxi se detuvo e ingresaron dos personas que la aprisionaron en el asiento trasero y apuntándole con un cuchillo, le bajaron la cabeza hacia el piso para no ser reconocidos y le robaron todas sus pertenencias, su celular, sus joyas, su dinero, aproximadamente Bs.200 y al ser amenazada, la señora no atinó a defenderse y la llevaron hacia el final de la Av. Sanchez Lima y la arrojaron al suelo y se escaparon.

La señora por sus propios medios se incorporó sin lesiones serias más que algunos golpes que recibió y el trauma que sufrió y se fue a su casa.

5.1.1.3. **Persona N° 3**

Esta tercera persona un señor de 42 años soltero con una hija, de profesión arquitecto, en mayo de 2011, se encontraba yendo a visitar a su abuela que vive en Cristo Rey a las 20.30 de la noche, al llegar por la calle Reseguín se le presenta enfrente un individuo y que al

pasar a su lado lo rosa y lo empuja a lo que la persona reacciona y lo increpa al sujeto y le dice ¿qué le pasa, porqué me empuja y el agresor le dice “porque me dá la gana” y emprende a golpes a la persona y éste, tras recibir un golpe de puño, le responde con otro golpe y según él con mayor certeza que el que recibió, haciéndolo caer a su agresor, él le dice “ levántate” y el agresor se queda en el suelo y de pronto otra persona por detrás le asesta un golpe que lo desmaya y ya no se acuerda más. Pasadas unas horas despierta ensangrentado y sin sus pertenencias, le robaron su celular, su reloj, su chamarra, dinero aproximadamente Bs. 2.000, y su billetera donde tenía documentos. Se incorpora y se va caminando a su departamento en la Calle Rosendo Gutierrez.

5.1.1.4. **Persona N° 4**

Esta persona, un Administrador de empresas de 39 años, casado con un hijo, con residencia en la calle Presbítero Medina, un día del mes de junio de 2012, salía de su trabajo en un Banco de la Av. Camacho y se fue caminando a su domicilio acompañado por otro colega del Banco. A la altura de la Av. 6 de agosto y Aspiazu, se despide de su amigo y va caminando por la Aspiazu y toma posteriormente la A. Sanchez Lima para bajar hasta la calle Pedro Salazar y subir dos cuadras hasta su casa. Manifiesta que desde que se despidió de su amigo tuvo la sensación de que alguien lo venía siguiendo, a tal punto que al llegar a la calle Fernando Guachalla se detuvo y miró hacia atrás pero no encontró a nadie sospechoso y siguió su camino. Cuando subió la Pedro Salazar, en la misma esquina de la calle Prebítero Medina se le acerca un señor de apariencia normal que le pregunta dónde queda la Universidad Nuestra Señora de La Paz, luego de indicarle prosigue su camino y de repente siente nomás un fuerte golpe en su nuca y cae desmayado. Permanece según él

aproximadamente dos horas porque el lugar donde se encontraba no tenía buena iluminación y estaba casi cerca a una cuadra de su domicilio; y despertó ayudado por un vecino de la zona que trataba de hacerlo reanimar acompañado de otra persona que pasaba por allí. Él piensa que el atacante fue la persona que le hizo la pregunta pero tampoco puede precisar, fue objeto de robo de sus documentos, un portafolio donde llevaba algunos textos de estudio y papeles de su oficina sin importancia, algo de dinero aproximadamente Bs. 250, su celular, su reloj y unos lentes de sol que llevaba en su estuche. Según él el golpe no le ocasionó ninguna herida.

5.1.1.5. Persona N° 5

Esta persona de 61 años de profesión psicólogo, en octubre de 2008, después de guardar su vehículo en un garaje a tres cuadras de su domicilio, volvía a su hogar a hs. 01.30 a.m., al terminar la primera cuadra hacia su domicilio, se cruzó con un individuo de unos 30 años que sin motivo aparente, lo cruzó y pasó desapercibido pero al seguir caminando el sujeto que se cruzó volvió silenciosamente por atrás y le propinó un golpe con una piedra en la parte lateral derecha de la cabeza dejándolo desmayado y ensangrentado. Cuando volvió en sí, se dio cuenta de lo ocurrido y a su lado un guardia de vigilancia que lo llamó por su nombre y le dijo qué le ha pasado? ¿Dónde vive? Y al responder que a dos cuadras de su casa, el guardia lo tomó del brazo, y comenzó a caminar con él. Luego el guardia le dijo “usted no puede caminar mejor lo llevaré en un taxi” la persona se resistió y le dijo: “no, mi casa está a dos cuadras acompañeme nomás.” Pero el guardia insistió y luego apareció un radiotaxi y ante la negativa de la persona, insistió y lo introdujo en el radiotaxi sentándose a su lado. Donde el chofer en lugar de ir hacia su domicilio, tomó otro rumbo hacia la plaza España, subió por la calle Vincenti donde el radiotaxi se detuvo

y subió el sujeto que según la persona le dio el golpe y se sentó al lado de la persona y le apuntó con un revólver y agachó su cabeza para evitar ser reconocidos. Antes le habían sustraído su billetera con sus tarjetas de crédito, dinero Bs. 200, \$us, 100.- y sus documentos donde tenía tres tarjetas dos de débito y una de crédito. Aparte de su celular, su reloj, su aro de matrimonio. Entonces lo llevaron a un lugar y le pidieron las claves de sus tarjetas para sacar dinero de los cajeros. Esta persona no tuvo inconveniente en decirles las claves para que luego de eso lo fueran a dejar entre unos escombros del barrio de Llojeta.

5.1.1.6. **Persona N° 6**

A esta señora, de 46 años, en la calle Abdon Saavedra, cuando se dirigía al mercado Sopocachi a las 10.00 de la mañana del 15 de febrero de 2009, una persona le puso el brazo por detrás y de frente otra persona con lentes y con sombrero, se le acercó, le quitó su cartera, sus aretes y un llavero que traía en su bolsillo y luego de darle unos golpes en el abdomen la dejaron echada en el piso y se escaparon en un taxi que apareció de inmediato. Lo último que vi fue que el taxi se alejaba y mi vista nublada por las lágrimas no pudieron ver claramente la placa del taxi y me desmayé. Después de mucho rato ya me encontré con unas personas que la habían hecho sentar y le estaban haciendo reaccionar.

5.1.2. **Sesiones grupales**

Se convino con estas seis personas realizar sesiones grupales una vez por semana en el domicilio de una de ellas que ofrecía las condiciones para realizar las sesiones, comodidad, privacidad, sin ningún ruido que perturbe o moleste, sin estímulos visuales, un día viernes a horas 19.00 a

21.00. Todos aceptaron y se pasa a detallar las características de las sesiones.

En las sesiones grupales las personas sentadas en círculo, se les explicó la forma de participar, se dieron las instrucciones respectivas, se les pidió tener conciencia de su permanencia en este grupo de trabajo y sentarse muy cómodamente, manifestar cómo se sienten y cuáles son sus expectativas de su participación. Se recalcó la confidencialidad, el secreto y respeto de las sesiones. Al mismo tiempo se explicó que la finalidad de estas sesiones tenía por objeto lograr el “crecimiento post traumático”

En la primera sesión, se pidió que cada una se presentara porque entre ellas no se conocían. Se instruyeron como hacer los ejercicios respiratorios. Se instruyó a las personas que quisieran hablar lo hagan libremente y a voluntad, se notó cierto recelo de comenzar, hasta que la persona N° 5 tomó la palabra y empezó su relato de la forma en que había sido atracado y manifestó que pese a haber sucedido el hecho hace casi cinco años aún perdura ese recuerdo y le causa mucho dolor el recordarlo, desde entonces ha adquirido gran sensibilidad y aún persiste el miedo a viajar solo en radiotaxis y taxis.

Toma la palabra la persona N° 6 y cuenta también lo que le sucedió y que desde entonces (2 años) en lo posible no sale sola a ninguna parte prefiere ir acompañada y tiene mucho temor a pasar por el lugar donde fue asaltada y procura evitar pasar por esa calle.

Las dos personas que hablaron motivaron a las otras a relatar sus experiencias traumáticas y expresaron sentimientos de autoprotección permanente, sueños con el hecho traumático, algunos hasta pesadillas, otros manifestaron tener algunas noches de insomnio pero más próximos

al hecho, manifestaban que cuando alguien les pedía relatar lo que les había sucedido, se sentían atacados y les producía estremecimiento al recordar. Algunas veces hasta pensaban que les volverían a atracar, (revivencia) y hasta tenían temor por las personas que pasaban por su lado. Otras indicaron que hasta relatar el suceso les producía alteraciones físicas tales como palpitación más rápida, sudor, una amnesia disociativa, otra persona mencionó que algunas veces hasta olvidaba lo que le había pasado, otra que se sentía nervioso y asustado. Se percibió que todas tenían esos recuerdos como limitantes para un desenvolvimiento normal que existía antes del suceso traumático.

En las sesiones posteriores se procedió a hacer intercambio de experiencias y facilitar la comunicación inter grupal. Se alentó a manifestar sus miedos y temores y a buscar el crecimiento post traumático, buscando a través del autoconocimiento, del aquí y ahora, hacer conscientes esos temores y además identificar sus fortalezas internas como externas. Se logró una relación íntima entre el paciente y el terapeuta.

Se detectaron en sus relatos que las seis personas habían experimentado después de más de un año, estos síntomas que persisten en su pensamiento, fantasías y cierta inseguridad en sus actos, recuerdos traumáticos y sensaciones similares a las que estuvieron expuestas.

Se pudo apreciar que las seis personas después del hecho traumático, recurrieron al uso de recursos internos menos importantes, tales como: empezar a fumar, sentimientos de odio, volverse agresiva y estar siempre a la defensiva, consumo de bebidas alcohólicas; como recursos más importantes: tomar la experiencia traumática como parte de la vida, pensar positivamente, tratar de olvidar lo ocurrido.

Una de las seis personas (Persona N°1) acudió a buscar ayuda profesional con un psicólogo el cuál simplemente le dijo que todos esos problemas posteriores al suceso, se olvidarían fácilmente y que no les diera importancia.

Se ha identificado que las seis personas sufren a causa del hecho traumático, traumas tipo II, donde los recuerdos se repiten, duran mucho tiempo, llevan a intentos de adaptación, ocurren por hechos de violencia y producen síntomas de SEP complejo donde, hay regulación distorsionada de los reflejos, poca habilidad de relación, revivencia y disociación, percepción distorsionada de sí mismo y de otros, somatización.

Se han utilizado varias técnicas especialmente de respiración, de noción corporal, otras como la dramatización, la técnica “silla vacía” para que puedan proyectar sus temores hacia objetos o personas a quienes temían o les causaba dolor y, enfrentarlos, preguntas directas, tales como ¿te das cuenta? ¿Cómo te sientes? ¿Cómo lo haces? ¿Para qué lo haces?, fantasías dirigidas, psicodramas, golpeo de cojín, movimiento expresivo, descargar energía sobre objetos extraños, abrazos, etc..

Se cumplieron 10 sesiones grupales donde solo una persona faltó a una de ellas con la debida justificación.

5.1.2.1 Proceso terapéutico

En todas las sesiones se buscaba que cada persona encuentre el mecanismo de bloqueo para que ingrese a la *desensibilización* a través de ejercicios de respiración, noción corporal y expresión de sus emociones a través de que encuentren su sentir, busca sus límites corporales, tocándose, se miren al espejo.

Otra estrategia en la terapia grupal, lograr identificar *la proyección*, para que sus pensamientos y sentimientos hacia personas u objetos se tornen conscientes. Buscar que acepten aquellos aspectos de su personalidad o conducta que encuentran difíciles y ofensivos que les causan problemas. Es necesaria la restauración del yo a la experiencia corporal. Buscar que el paciente exprese la energía dentro de sí y no permitir que se desvíe. Tratar de devolverle al paciente los fragmentos de su identidad dispersa y lanzada a los demás. Los pacientes sienten una confusión entre sí mismo que la atribuyen al exterior algo que realmente es interno. El estado de alerta permanente es continuo y desgastante. La técnica empleada ha sido “la silla vacía”.

La *introyección* buscaba hacer que el paciente aprenda que y como introyecta, que se dé cuenta de su desagrado y a qué se debe. Se pretendía que el paciente llegue a crear sus propias decisiones. Las técnicas aplicadas: 1. Estar alerta, concentrado en alguna acción, 2. Apoyos físicos , organizativos de autoestima y del entorno y 3. Carga de energía a través de la respiración. El equilibrio entre el auto apoyo y el apoyo externo es saludable. Las técnicas, preguntas que generen el sentido del yo, descargar energía en objetos extraños.

En la *retroflexión* se ha buscado la capacidad de discriminar, para integrar lo que realiza y lo que le frustra. Liberar tensiones o miedos. Localizar la energía interior y facilitar que salga a zona externa. Hay una sensación en los individuos de hacerse a sí mismos lo que querrían hacerle a otro. Tienen miedo a sacar la propia agresión. La técnica empleada ha sido facilitar la descarga de energía sobre un objeto neutro que simbolice una situación molesta o temida.

La *confluencia* muestra que la separación y distinción entre sí mismo y otro se torna tan difusa que se pierde el límite. Evitar la actitud pasivo agresiva común en este tipo de personas.

La *asimilación o cierre* para encontrar una manera de insertarse en aquella parte de la experiencia sensorial que aún está viva. Se utiliza para no tener presente algo que va a realizarse luego o también para recordar algo que puede servirle a la persona para cambiar o compartir.

Al finalizar la última sesión, se procedió al cierre con cada una de ellas y por su propio testimonio individual, se pudo apreciar que las seis personas estaban muy contentas de haber realizado las sesiones y que se encontraban mucho más tranquilas que al empezar. Dijeron que se habían encontrado a sí mismas y que habían logrado hacer consciente la realidad. Indicaron que habían logrado tomar contacto con sí mismos y estaban dispuestos a enfrentar todos sus temores y amenazas. Que se habían dado cuenta de ello y que se les hacía más fácil darse cuenta de lo sucedido. Tres de ellas manifestaron que había descubierto las falsas identificaciones de odio o de agresión. Todas se encontraban totalmente fortalecidas y el recuerdo de su trauma parecía ser algo que ocurrió pero que ahora carecía de importancia para su vida normal.

CAPÍTULO 6 Conclusiones

6.1. Referente al proceso del caso

Ha sido una experiencia enriquecedora poder entablar una relación directa con los pacientes sujetos de la investigación, en primer término tenía la incertidumbre de que no permitieran reunirse y más aún en diez sesiones. La tarea que dio resultado fue que personalmente, uno por uno los fui a visitar y al exponerles mi caso

particular y mencionarles el motivo de la reunión terapéutica, les llamó la atención y podría decir que fue motivante su reacción y aceptación posterior.

El elegir el lugar también fue problemático en un principio ya que no había un ambiente propicio para nuestras reuniones, es decir, sin interrupciones, privado, sin ruidos, sin estímulos visuales ni auditivos, disponibilidad de dos horas cada semana, hasta que encontramos el lugar gracias a la colaboración de un de las personas involucradas. El local que no era muy pequeño pero sin ninguna interrupción de clase alguna.

Allí se desarrollaron las diez sesiones, primero quedamos un horario de 18.00 a 20.00 pero dos de las personas trabajaban y pidieron que se inicie a las 19.00 hasta las 21.00 horario que se decidió aceptarlo, pese a la preocupación de una de las personas que alegaba que era muy tarde para regresar sola a su casa.

En las primeras dos sesiones, se notaba cierta impaciencia pero después todos asistían puntualmente y trabajaban de acuerdo a las instrucciones. Hubo solo una persona que faltó a la octava sesión por motivos familiares.

El grupo se prestó a trabajar en todas las técnicas empleadas y con mucho interés y colaboración. Los ejercicios de respiración se hicieron en cada sesión. Cada persona mostró su deseo de encontrar el crecimiento postraumático.

Al concluir la última sesión cada uno expresó su bienestar, su conformidad y las seis personas manifestaron continuar con estas sesiones que les había proporcionado mucha tranquilidad y que a la mayoría se habían perdido los síntomas iniciales.

6.2. Referente a los objetivos

Considero que se han cumplido los objetivos tanto, los objetivos específicos como el objetivo general y sobre todo se ha notado el cambio que han experimentado las personas que han participado de esta experiencia.

El objetivo general buscaba describir y analizar el atraco como experiencia traumática con consecuencias de estrés postraumático. Pues las seis personas con las que se trabajó habían sufrido el trauma en el momento en que sucedió y pasado cierto tiempo, en la mayoría después o más de seis meses presentaron los síntomas de estrés postraumático.

En cuanto a los objetivos específicos el primero buscaba lograr reunir una comunidad con personas que habían sufrido un atraco con el propósito de identificar las causas del trauma y trabajar su problema. Se logró reunir a seis personas que habían sido atracadas entre el año 2008 al 2010 y quienes aceptaron reunirse en sesiones grupales con el objeto de trabajar su problema.

El segundo objetivo específico estaba dirigido a demostrar que las personas que sufrieron el atraco guardan ese recuerdo y lograr con técnicas de autoconocimiento una integración de su trauma. Las sesiones tenían ese propósito, el de hacer presente ese recuerdo traumático y trabajarlo mediante el autoconocimiento.

El tercer objetivo específico buscaba conocer el impacto del atraco y sus repercusiones en las personas investigadas para plantear estrategias para identificar el trauma y buscar su tratamiento. La aplicación de técnicas tales como “del aquí y ahora” , el “darse cuenta” y otras se han logrado las transferencias respectivas.

Y el último objetivo específico estaba dirigido a buscar con el autoconocimiento como herramienta, la integración y el reconocimiento del atraco como experiencia traumática. Se ha buscado la desensibilización, la proyección, la introyección, la retroreflexión y la confluencia con las que se ha logrado la integración y el reconocimiento del hecho traumático.

7. Recomendaciones

Realizado este trabajo y habiendo comprobado objetivamente el cambio producido en las personas que participaron, pues es imprescindible recomendar que aquellas

personas que han sido objeto de un trauma, no solamente un atraco, como en el caso presente sino, también un hecho traumático que va desde un percance significativo hasta una situación donde pelagra la vida propia o de otras personas, deben éstas recurrir a buscar ayuda profesional para superar el estrés postraumático que se hará presente meses después de ocurrido el hecho traumático, atentando contra el ejercicio de una vida plena sin temores, sin daños psíquicos y físicos, sin agresiones o miedos que no solo aflijen al individuo afectado sino también a su entorno.

En nuestro país se han hecho estudios sobre los principales hechos traumáticos que sufren las personas a lo largo de su vida y quedan estigmatizados ya sea internamente o con ciertas conductas exteriores que dañan a su entorno.

Hay una cantidad enorme de hechos traumáticos en las personas desde que nacen, durante su infancia, su juventud, su desarrollo adulto y la vejez que no son tomados con la seriedad que éstos hechos revisten y, muchas veces inducen a conductas distorsionadas sin causa aparente, es pues necesario una difusión de este tema a todo nivel y más aún se hace necesario el trabajo de quienes incipientemente en nuestro país estamos conscientes del hecho y manejamos técnicas que con cierta destreza podemos ponerla al servicio de estas personas.

Un hecho traumático puede representar una carencia de la vida ordinaria de una persona, en ese sentido después del hecho traumático será necesario valorar la necesidad de una atención temprana la cual identificará los síntomas del estrés postraumático para luego iniciar un tratamiento que prevenga la permanencia y por consiguiente la patología del hecho.

Este tratamiento buscará significados distintos al hecho traumático, basado en un refuerzo de habilidades y aprendizaje identificando recursos personales para que el paciente re estructure su vida después del trauma, que internalice lo ocurrido y pueda controlar sus síntomas y le dé un sentido a lo ocurrido.

Lo importante es ver si el trauma se resuelve hasta los tres meses, carece de importancia pero, si prevalece más allá, requiere atención profesional inmediata antes de que el paciente estructure su vida alrededor de los síntomas, dañando su salud y su entorno, entonces será más difícil el tratamiento.

Bibliografía

BARANCHUK, Julia. (2002), “*Atención, aquí y ahora: la terapia gestáltica*”. Abaddon Ediciones. Buenos Aires.

BAUTISTA, R. (2002), “*Nuestra salud mental*”. Editorial Abf. Buenos Aires

CARERO, I., (2008), Artículo: “*El trastorno por estrés postraumático y la familia*”.
<http://www.emdrmexico.org/mostrar.php.familia>.

ERVING y Miriam Polster, (2005), “*Terapia Gestáltica: perfiles de teoría y práctica*”. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

GARCÍA,E, (2000) “*Trastorno por Estrés Postraumático*”. Elsevier Masson. España.

HERNADEZ SAMPIERI, Roberto, Fernandez Collado, C., y Baptista Lucio, P.,(2004) “*Metodología de la Investigación*”, Ed. Mc Graw Hill, México,.

JANSEN Estermann, Colette, (2010) “*Cicatrices y Crecimiento: las experiencias traumáticas y los recursos existentes en la población estudiantil de La Paz y El Alto*”, Editorial Verbo Divino, Bolivia.

LAZARUS, R., (2000) “*Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra Salud*”. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. España.

MELGOSA, Julián, (2000) “*Sin estrés*”. Editorial Safeliz Madrid.

MEINCHENBAUM, (1983), “*Coping with stress*”. Facts on file Publications. New York.

MEJÍA Ibañez, Raúl L., (2008) “*Metodología de la Investigación: como realizar y presentar trabajos de investigación*”. Sagitario S.R.L. La Paz Bolivia..

MONAT, A. y Lazarus, S.R. (1991) “*Stress and doping: an anthology*”. Columbia University, Press New York.

PEÑARRUBIA Francisco. (2008) “*Terapia Gestalt: la vía del vacío fértil*”. Alianza Editorial, España.

PERLS, Fritz. (1976) “*El enfoque gestáltico: testimonios de terapia*”. Cuatro vientos Editorial. Chile.

ROJAS, E.(1999), “*El estrés*”. Editorial Temas de hoy. Madrid.

SALAMA Penhos, Héctor. (2001), “*Psicoterapia Gestalt: proceso y metodología*”. Alfaomega Grupo Editor, México.

SCHNACKE Adriana. (2001), “*Los diálogos del cuerpo*”. Editorial Cuatro Vientos. Chile.

SANCHEZ, H. y Reyes, C.(1996), “*Métodos de Investigación científica*”, Edit. Visión Universitaria., Lima Perú.

SELYE, Hans.(1976) “*The stress of the life*”. Edit. Mc Graw Hill., E.U.A.

ZUBIZARRETA G., Armando. (1983), “*La aventura del trabajo intelectual*”. Fondo Educativo Interamericano. México.