



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA**

**MODELO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO VIOLENTO
EN LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA
DEL DISTRITO FEDERAL (ADEVI)**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTA

GUSTAVO ADOLFO BAÑALES ELIZALDE

JURADO DE EXAMEN

Tutor: Lic. Jorge Sandoval Ocaña

Comité: Dr. Rubén Lara Piña

Lic. Sara Unda Rojas

Mtra. Alba Esperanza García López

Lic. Otilia Aurora Ramírez Arellano



México, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

A mi **madre** por su apoyo todos estos años por su infinito amor y comprensión en todo momento, te amo mamá.

Un agradecimiento profundo a mi querida **esposa** por su gran amor, apoyo y comprensión, por ese ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales, te amo Karina.

A mi **hermana** por enseñarme a través de sus actos que siempre hay que luchar para salir adelante, te quiero Malú.

A mi **hermano** a quien le deseo que siga adelante y que realice todo lo que se proponga, mucha suerte, te quiero José Luis.

A todos mis seres queridos, Rebe, Jesús, Anabel, Mileid, Sebastián, Ana Karen e Ivanna, gracias por su cariño.

A mi **amiga** Black Rose, por su gran apoyo y aporte para la realización de este proyecto, Mili gracias por tu amistad Lilith.

Blanca gracias por brindarme el apoyo y las facilidades necesarias para la realización de mi trabajo.

A mis **asesores y sinodales** por su apoyo y aporte durante la realización de este proyecto, en especial a Sara, Jorge y Rubén, gracias por su comprensión.

INDICE

	Capítulo	Página
Resumen		1
Introducción		2
Justificación		6
Objetivo General		8
Objetivos Específicos		9
Metodología del Trabajo		12
Universo de Trabajo		35
Recursos Humanos		42
Material y Equipo		44
Límite de Tiempo		45
Resultados		47
Actividades Realizadas de Enero a Noviembre de 2007		63
Conclusiones		65
Bibliografía		68
Anexos		69

RESUMEN

En el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI se atienden a las personas que han sido víctimas directas o indirectas de delitos violentos como son: homicidio, suicidio, amenazas, robo, secuestro, lesiones, extorsión, denuncias de hechos, abuso de autoridad, allanamiento de morada, daño a la propiedad, las cuales traen como consecuencia procesos de Duelo y Estrés Postraumático

El Estrés Postraumático es un padecimiento que afecta al individuo, la familia y la sociedad, al provocar en ellos sentimientos como: vulnerabilidad, angustia, desprotección e inseguridad, los cuales contribuyen de manera significativa para que la persona se viva y se perciba cada vez más sensible a volver a experimentar algún evento como el que generó dicho estrés. Sin embargo, la inseguridad constante que rodea al individuo a partir de que sufre un delito violento, lo hace sujeto vulnerable a volver a vivir un evento de este tipo.

Por ello surge la necesidad de implementar un tratamiento psicoterapéutico que ayude a las víctimas tanto directas como indirectas a superar el trauma que implica un evento de este tipo, asimismo a partir de considerar que los síntomas sufridos por Estrés Post-Traumático influyen en la manera en que los sujetos se relacionan e interactúan en su medio y al verse afectado tan intempestivamente es necesario buscar el equilibrio emocional y la armonía con su medio.

Asimismo se considera importante que el sujeto elabore el duelo vivido a partir del evento y la idea que entorne a la readaptación de su nueva situación.

El trabajo de contención con los profesionales que atienden a dichas víctimas se considera fundamental, ya que esto permite el saneamiento en cuanto a la salud mental de dicho profesional y la sensibilización en relación al delito violento en el cual también puede estar involucrado dicho profesional, para sí mismo.

INTRODUCCIÓN

CENTRO DE APOYO SOCIOJURÍDICO A VÍCTIMAS DE DELITO VIOLENTO (ADEVI)

Una de las actividades centrales de la Procuraduría General de Justicia del DF es proporcionar atención a las víctimas del delito, por lo que se les brinda orientación y asesoría legal para garantizar y poder hacer efectiva la reparación del daño, así mismo se brindan elementos para la recuperación del daño físico, psicológico o social causado por el delito. De igual forma la Procuraduría desarrolla programas de prevención del delito para promover una cultura entre los habitantes de la Ciudad de México, esto a partir de estudios de las conductas antisociales y los factores que propician estas conductas.

La Procuraduría General de Justicia del DF a través de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad cuenta con seis centros de atención especializada: **ADEVI** (Centro De Apoyo Socio-Jurídico a Víctimas de Delito Violento), CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar), CTA (Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales), CAPEA (Centro de Atención a Personas Extraviadas o Ausentes), CARIVA (Centro de Atención a Riesgos Victímales y Adicciones), CIVA (Centro de Investigación Victimológica y Apoyo Operativo), en donde se brinda atención psicológica, legal, social y médica a los usuarios que la requieren o a los que son enviados por el Ministerio Público por seguimiento de una Averiguación Previa. Así mismo también se cuenta con un Albergue Temporal en donde se brinda atención a menores en desamparo cuando los padres, tutores o encargados de su cuidado se involucran en hechos delictivos, este albergue promueve la adopción de estos menores.

De acuerdo al artículo 20 constitucional, en el apartado B el cual habla de las garantías de las víctimas con el fin de fortalecer la efectividad de estas garantías, el Sistema de Auxilio a Víctimas cuenta con abogados que orientan jurídicamente a las víctimas del delito durante la investigación ministerial y el proceso penal. Se cuenta también con peritos que elaboran los dictámenes para determinar el daño

psicoemocional y moral de las víctimas, psicólogos que brindan terapias individuales, familiares o grupales, con médicos que proporcionan la primera atención y proporcionando una canalización a la Secretaría de Salud a aquellas personas que requieren una atención más especializada o de urgencia.

Es desde la Subprocuraduría donde se atienden, estudian y proponen los casos que se llevan ante el Consejo y el Comité que operan el Fondo de Atención y Apoyo a Víctimas del Delito para que se les brinde apoyo económico emergente.

Para esta Subprocuraduría, atender a las víctimas es defender sus derechos humanos, realizando acciones de apoyo (médico, legal y psicológico), conscientes de que una víctima acude a la Procuraduría para que los hechos que denuncia sean efectivamente investigados, sancionados y para que le sea reparado el daño. Consideramos fundamental que la víctima sea tratada con dignidad y respeto, que se le involucre, informe, asesore y consulte en cada etapa del procedimiento penal.

A través de la Dirección General de Servicios a la Comunidad se busca un mayor acercamiento a la ciudadanía a fin de que esta Procuraduría sea también un espacio de difusión, comunicación, orientación y prevención del delito.

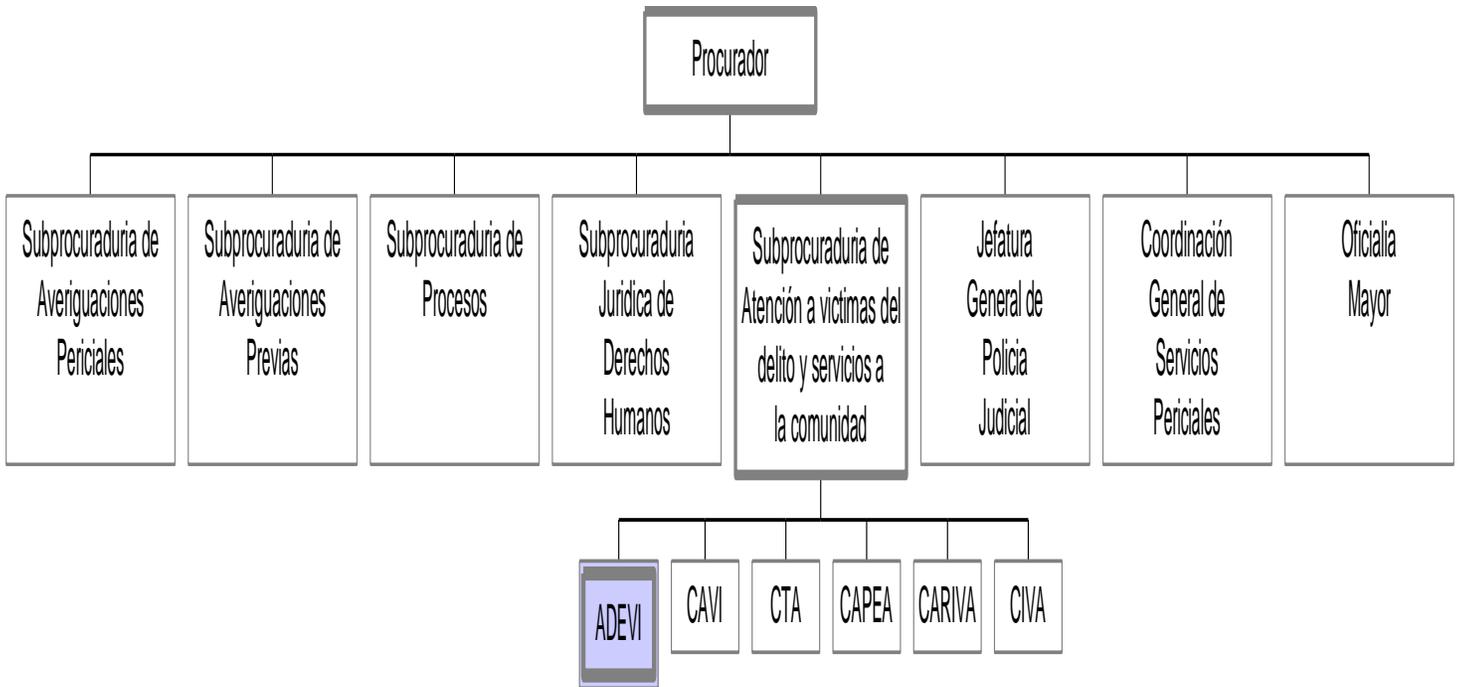
El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento (ADEVI) brinda atención de manera integral a las víctimas de delitos violentos como homicidio, lesiones, privación ilegal de la libertad, secuestro, suicidio, amenazas, denuncia de hechos. En el área de Trabajo Social se detecta, orienta e informa a todas las víctimas, además de proporcionar traslados o servicios funerarios cuando son requeridos. En el área Jurídica se brinda asesoría y seguimiento jurídico sobre los derechos y alternativas legales; así mismo apoyan en acciones y diligencias jurídicas a favor de las víctimas ante las unidades investigadoras del Ministerio Público y juzgados penales y de paz penal, con el fin de que se aporten elementos de prueba para la acreditación del daño material y moral. En el área médica se da atención de urgencia y canaliza a hospitales públicos para una atención especializada. En el área de Psicología se proporciona apoyo

psicoterapéutico, terapia de duelo, manejo de estrés postraumático, atención en crisis. De igual forma se realizan dictámenes psicológicos para la acreditación del daño moral a través de los peritos en psicología forense.

Su visión es promover la procuración de justicia, desarrollar programas de prevención del delito para promover una cultura entre los habitantes de la Ciudad de México, esto a partir de estudios de las conductas antisociales y los factores que propician dichas conductas.

Su misión es representar a la sociedad en la investigación y persecución del delito, con apego a los principios de legalidad, certeza, seguridad jurídica, que se garantice el respeto de los derechos humanos, así como brindar atención dentro del área jurídica, social y psicológica a las víctimas.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal



JUSTIFICACIÓN

El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI tiene entre sus objetivos primordiales brindar atención psicoterapéutica profesional y eficiente a víctimas directas e indirectas de delitos violentos.

El cumplimiento de este objetivo conlleva la necesidad de contar con un modelo de intervención terapéutica que guíe y garantice el cumplimiento de un trabajo profesional y pertinente a la problemática de las víctimas que reciben atención en este centro.

La atención se da en las áreas:

* APOYO SOCIAL

* LEGAL

* ÁREA MÉDICA

Ψ PSICOLOGÍA

Los usuarios de este centro se caracterizan por presentar dos tipos de diagnóstico:

*ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

*PROCESO DE DUELO

El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI da atención psicoterapéutica profesional a víctimas **DIRECTAS E INDIRECTAS**, proporcionando tratamiento en cuatro aspectos:

Ψ INDIVIDUAL

Ψ FAMILIAR

Ψ Atención a **MENORES**

Ψ **ADULTOS**

Las acciones realizadas por el área de psicología dentro del centro son:

- Realizar valoración inicial de la víctima para su atención.
- Proporcionar atención psicoterapéutica.
- Realizar intervención en crisis.
- Efectuar reconquistas en caso de deserción.
- Elaborar impresiones diagnósticas y /o valoraciones psicológicas las cuales pueden ser a solicitud de autoridades judiciales o ministeriales con el fin de acreditar el DAÑO MORAL, estas son realizadas por medio de:
 - * Entrevista
 - * Observación
 - * Aplicación de pruebas psicológicas
- Proporcionar orientación y atención psicoemocional a víctimas de delitos de tortura y/ o privación ilegal de la libertad.

La realización de investigaciones nos muestra que las personas que son víctimas de un delito violento sufren como consecuencia el **TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO** al ser las víctimas directas y un **PROCESO DE DUELO** cuando son víctimas indirectas, es por eso que el ADEVI se enfoca en estos dos aspectos para proporcionar así una adecuada intervención y tratamiento de los usuarios que requieren el servicio.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de la carrera de Psicología es cooperar con la comunidad para planificar, implementar y evaluar los programas de educación para la salud mental, facilitando la participación social y fortaleciendo la capacidad de las comunidades controlando los recursos necesarios para mejorar sus condiciones de salud mental.

El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI brinda atención de manera integral a las víctimas de delitos violentos como: homicidio, lesiones, privación ilegal de la libertad, secuestro, suicidio, amenazas, denuncia de hechos.

En el área de Psicología se proporciona apoyo psicoterapéutico, terapia de duelo, manejo de estrés postraumático, atención en crisis. De igual forma se realizan dictámenes psicológicos para la acreditación del daño moral a través de los peritos en psicología.

El objetivo del ADEVI es proporcionar psicoterapia a víctimas de delito para el adecuado manejo de síntomas asociados al diagnóstico ya sea estrés postraumático o proceso de duelo, para poder restablecer su estado psicoemocional. Así mismo tiene entre sus objetivos primordiales brindar atención psicoterapéutica profesional y eficiente a víctimas directas e indirectas de delitos violentos.

Para el cumplimiento de sus funciones el ADEVI cuenta con una plantilla de personal de 71 personas integrado por: 15 trabajadoras sociales, 2 médicos, 15 abogados, 11 psicólogos, 3 peritos en psicología, 2 informáticos, 4 líderes coordinadores de proyectos, 6 secretarias, 1 recursos humanos, 12 personas encargadas de otras funciones como el área administrativa, el aseo y vigilancia por mencionar algunos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

*Estudiar e intervenir en el primer nivel de atención en problemas de salud e higiene mental, alcoholismo, drogadicción, trastornos sexuales, problemas familiares y trastornos de personalidad.

*Interpretar pruebas psicológicas en el diagnóstico de diversas áreas del comportamiento individual y comunitario.

*Realizar diagnósticos de salud mental en niños, adolescentes y adultos, entrevistas de diagnóstico en forma individual y comunitaria en la solución de los problemas de salud mental, con una perspectiva múltiple de la Psicología en el momento actual.

*Diseñar y realizar programas preventivos, aplicando los conocimientos teóricos prácticos para el fomento de la salud mental en los diferentes sectores poblacionales.

El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas del Delito Violento ADEVI maneja diversos enfoques terapéuticos pero encaminados al Proceso de Duelo y el Estrés Postraumático. El modelo de intervención terapéutica lleva a cabo las siguientes:

1.- Establecer Contacto Psicológico Empático

2.- Definir el Foco de Atención en el aquí y el ahora.

3.- Establecer los Objetivos Terapéuticos Generales y específicos

4.-Plan de Acción.

5.-Cierre y Seguimiento.

Para la atención que se brinda se toman en cuenta las redes de apoyo con las que cuenta el usuario, así como la dinámica familiar, la situación económica y si es requerida se realiza una valoración para que los usuarios puedan recibir el fondo de apoyo económico que brinda el ADEVI.

Para la atención por Estrés Postraumático se lleva a cabo lo siguiente:

- Valoración inicial
- Proporcionar atención psicoterapéutica individual y/ o familiar
- Realizar intervención en crisis

Para la atención por duelo se realiza lo siguiente:

- Valoración inicial
- Atención terapéutica a víctimas indirectas que como consecuencia del evento se encuentran en proceso de duelo
- Realizar intervención en crisis

Así mismo el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI brinda atención psicoterapéutica a víctimas directas e indirectas de suicidio, personas con intento de suicidio y a sus familiares para abordar la problemática que originó el intento suicida.

Dentro de la atención psicológica a menores se proporciona psicoterapia de juego a menores que han vivido directa o indirectamente la experiencia de algún evento violento y están presentando estrés postraumático o atraviesan por un proceso de duelo.

Por lo que es importante tomar en cuenta las redes de apoyo con las que cuentan los usuarios o buscar ayuda y redes de apoyo con los familiares, de igual forma establecer objetivos terapéuticos los cuales deben ser realistas, alcanzables,

claros, aceptados por el usuario, flexibles para su propia adaptación, esto previene en gran medida la deserción.

La valoración inicial permite diferenciar en los usuarios del ADEVI alguno otro trastorno en su conducta que no sea a causa del Estrés Postraumático o del Duelo, en estos casos se canaliza al usuario a la instancia pertinente y especializada a su problemática.

La realización de dictámenes es a solicitud del Ministerio Público ante el Juez con la finalidad de ofrecer una prueba pericial para cuantificar el daño moral (Si la persona sufrió alguna alteración a nivel emocional y psicológico). Para que sea un dictamen debe presentar fundamento científico que en este caso son las Pruebas Psicológicas.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El Centro de Apoyo a Víctimas de Delito Violento ADEVI aborda problemáticas como lo son: homicidio, suicidio, amenazas, robo, secuestro, lesiones, extorsión, denuncias de hechos, abuso de autoridad, allanamiento de morada, daño a la propiedad, las cuales traen como consecuencia procesos de Duelo y Estrés Postraumático, lo que ocasiona en las personas una disminución en su calidad de vida, el modelo de atención puede ubicarse en una Psicoterapia Breve, pero si tomamos en cuenta que no todos los casos son iguales, se da una atención caso por caso, ya que en ocasiones los procesos no son elaborados de la misma forma, por lo que se trabaja sobre focos de atención definidos y con número de sesiones necesarias para resolver dichos focos.

Como lo señala el DSM-IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) el TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, genera la aparición de síntomas característicos que son consecuencia de un acontecimiento estresante y traumático, en donde el individuo presencia hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; al ser testigo de un acontecimiento donde hay una muerte, personas heridas, o existe una amenaza para su vida o la de otras personas; la respuesta del individuo ante estos acontecimiento está acompañada por temor, desesperanza y horror intenso (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado).

Así mismo otro de los diagnósticos de los usuarios del ADEVI es el duelo el cual es un proceso natural en todo individuo, cuando se implica una pérdida afectiva y un trabajo psíquico para la reorganización después de la pérdida, es decir un proceso de reparación y cura. La palabra “**duelo**” viene del latín *dolore*, que significa “dolor”. Por lo que el proceso de Duelo es un conjunto de reacciones de ajuste, adaptación y transformación necesarias para poder vivir sanamente y de manera autónoma después de la pérdida o del fallecimiento una persona significativa.

En el caso de las víctimas que acuden al ADEVI, este proceso suele ser más complicado por la situación en la que se presenta la pérdida, como homicidios, accidentes violentos, suicidios y secuestros.

El duelo tiene diferentes etapas las cuales se distinguen por un conjunto de reacciones, que no siempre se presentan con un orden, pero normalmente tienden a suceder unas tras otras, en algunos casos se presenta un retroceso a etapas que ya se había considerado superadas, esto depende del tipo de duelo por el que se esté atravesando y de los recursos personales de cada individuo, sin embargo en la medida en que se trabaja terapéuticamente con los casos, estos retrocesos tienden a disminuir.

De acuerdo a diversos autores (Kubler Ross, Bowlby, y J. William, 2000) las etapas por las que puede atravesar una víctima en el proceso de duelo son:

- 1) La negación

- 2) La conciencia de la pérdida, que produce un anhelo y búsqueda de la figura pérdida.

- 3) La desorganización, depresión y desesperanza en el individuo.

- 4) La reorganización o negociación de la pérdida, que genera un estado de aceptación o reacomodo de la vida.

Es por eso que la atención a nivel psicológico que brinda el ADEVI es importante ya que las personas que han sido víctimas de un delito al pasar por estos procesos les es difícil poder estar en un proceso legal por lo que al recibir apoyo y atención por parte del psicólogo los ayuda a superar el duelo y estrés por el que pasan y así trabajar en conjunto con los abogados y trabajadoras sociales para acudir a las audiencias y careos con los presuntos responsables en caso de que estos hayan sido detenidos.

Se proponen diversas orientaciones clínicas y se toman en cuenta los siguientes principios:

**El terapeuta debe basarse en una concepción filosófica del hombre que lo aborda no como un ser enfermo, sino como un ser lleno de fuerzas y potencialidades intrínsecas a él y que tiende a la búsqueda de la realización de sí mismo.

**Así toda la problemática psicológica es un síntoma de que el desarrollo humano de la víctima está siendo obstaculizada de manera tal, que no está satisfaciendo sus necesidades físicas, psicológicas, intelectuales o espirituales.

**Por ello la Terapia se dirige a facilitar la expresión y desarrollo del potencial para la resolución de estos síntomas.

**El terapeuta debe abstenerse de “aconsejar” o dirigir la conducta de la víctima. Su modelo debe basarse en la interacción de él y las víctimas para resolver o crear soluciones a las problemáticas de manera tal que el usuario se comprometa y se responsabilice de sus decisiones. De esta manera el terapeuta favorece el autoconocimiento de las potenciales y habilidades propias del usuario.

**El foco de atención debe centrarse “en el Aquí y en el Ahora”, de tal manera que se focaliza en el motivo actual de la consulta psicológica, sin extenderse en buscar explicaciones en el pasado.

De hecho todas las técnicas que se aplican para centrar al usuario en el presente son sumamente efectivas para reducir drásticamente la angustia y la ansiedad que son los síntomas más importantes en el Estrés Postraumático. Así la terapia facilita el Darse Cuenta en el aquí y el ahora.

**El foco de atención integra la expresión emocional, conductual, corporal y cognitiva del ser humano, por ello no se interesa sólo en una de estas

expresiones, ya que uno de los objetivos principales en la terapia es integrarlas como un todo, eliminando las incongruencias en la interacción de dichas expresiones.

El trabajo terapéutico se dirige a la resolución de los mecanismos neuróticos de evitación que impiden la realización del ser humano. Estos mecanismos son:

Introyección. Según Perls 1973, es el mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos patrones, actitudes, modo de actuar y de pensar que no son verdaderamente nuestros. Y lo hacemos “tragándonoslos” íntegros e indiscriminadamente, sin asimilarlos ni digerirlos, de manera que no podemos retener aquello que nos es beneficioso –convirtiéndose en parte de nosotros– y devolver lo que no deseamos. Estos cuerpos extraños no asimilados –introyectos– impiden el desarrollo y la expresión del propio ser. Cuando introyectamos, estamos corriendo el límite entre nosotros y el mundo tan demasiado adentro de nosotros mismos que casi no queda nada de nosotros. Cuando el introyector dice “yo pienso” generalmente quiere decir “ellos piensan”.

Existe un mensaje que hemos recibido del ambiente –y asumido como propio– que censura y juzga negativamente la necesidad de la que hemos tomado conciencia, impidiendo por tanto, que esta sea satisfecha.

Introyección tiene que ver con la tradición. Representa la sabiduría del tiempo. Se trata de ponernos en la actitud de ser aprendiz y recuperar el pasado para hacerlo propio. Nos permite recoger valores positivos de la tradición e ir construyendo una identidad.

Proyección. Es el reverso de la introyección. Es la tendencia de hacer responsable al ambiente de lo que se origina en uno mismo. El neurótico no solo tiende a desposeer sus propios impulsos, si no también aquellas partes de si mismo donde se originan aquellos impulsos. Les confiere, por así decir, una existencia objetiva fuera de él, de modo que puede culparlos de sus problemas sin encarar el hecho de que son parte de él mismo. En lugar de ser un participante

activo de su propia vida, la persona que proyecta se convierte en un objeto pasivo, víctima de las circunstancias.

En la proyección trasladamos el límite entre nosotros y el resto del mundo un poco demasiado a nuestro favor, de manera que nos es posible desposeer y renunciar a aquellos aspectos de nuestra personalidad que encontramos difíciles y ofensivos o poco atractivos. Al igual que el introyector, es incapaz de distinguir aquellas facetas de su personalidad que realmente son de él y aquellas que le son impuestas desde afuera.

En Gestalt se considera que la proyección es una resistencia al darse cuenta, interrumpiendo el ciclo de satisfacción de las necesidades entre la sensación y la toma de conciencia. La proyección impide que la persona tome conciencia de sus sensaciones por medio de colocar la necesidad emergente en el exterior, en el ambiente, en el otro (Perls, F., 1973).

Retroflexión. Literalmente significa “volverse atrás intensamente en contra”. El retroreflector se hace así mismo lo que le gustaría hacer a los otros. Deja de dirigir sus energías hacia afuera intentando manipular y llevar a cabo cambios en el ambiente que le satisfarán sus necesidades; reorienta su actividad hacia adentro y se sustituye así mismo por el ambiente como objeto del comportamiento, dividiendo su personalidad en “hacedor” y en “hecho a”. Literalmente llega a constituirse en el peor enemigo de sí mismo. La retroflexión puede impedir que se llegue a la acción, de forma tal que la energetización no sigue su curso y se vuelve contra uno mismo en forma psicológica o fisiológica.

Deflexión. De acuerdo con Perls 1973, este mecanismo tiene la función de desvitalizar el contacto y, de alguna manera, de enfriarlo. Tiende a soslayar el contacto directo, ya sea con otra persona o con el medio. La acción existe, pero no llega a su destino, pierde fuerza y efectividad. Se caracteriza por conductas de evitación.

Se sitúa entre la acción y el contacto, desenfocando el objeto de contacto y desviándolo en otra dirección. La deflexión suele venir acompañada de un grado variable de agotamiento y frustración, pues la persona no deja de “esforzarse” en permanecer activa, en realizar acciones supuestamente encaminadas a satisfacer su necesidad; necesidad que, sin embargo, no llega a satisfacer.

En el ADEVI se realiza la Terapia estructural de familia que consiste en modificar el presente, teniendo en cuenta que el pasado influyó en la creación, organización y funcionamiento actual de la familia.

- Una transformación de su estructura permitirá alguna posibilidad de cambio.
- El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de los miembros.
- La familia tiene propiedades de autoperpetuación.

De acuerdo con Minuchin 1999, las funciones de la familia tienen dos objetivos:

- El Interno que es la protección psicosocial de sus miembros;
- El Externo que es la acomodación a una cultura y la transmisión de ésta.

Por lo que si se toma en cuenta que los cambios se orientan desde la sociedad hacia la familia. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. Deben responder a cambios internos y externos y debe ser capaz de transformarse permitiéndole encarar circunstancias nuevas sin perder la continuidad.

Por lo tanto las familias que llegan al ADEVI habiendo perdido a un miembro o al estar pasando por un evento traumático, viven una desorganización o desequilibrio del sistema familiar, es por ello que necesitan reparar o modificar su

funcionamiento, reactivar los mecanismos de autorregulación para poder continuar como sistema.

La mayoría de pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar y es importante considerar el impacto de una muerte en todo el sistema (William Worden, 2004).

La mayoría de las familias tienen algún tipo de equilibrio homeostático y la pérdida de una persona significativa puede desequilibrar dicha homeostasis y hacer que la familia sienta dolor y en ocasiones busque ayuda.

Los factores que afectan al proceso del duelo y que pueden presentar desorganización familiar incluyen:

- Fases de ciclo vital familiar
- Rol desempeñado por el fallecido
- Patrones de comunicación del fallecido
- Poder y afecto del fallecido
- Factores socioculturales

La familia es una unidad de interacción donde todos los miembros se influyen entre sí. Por esto es importante trabajar el duelo con todos los miembros de la familia. En las familias es importante observar los mitos familiares frente al duelo, los cuales son utilizados como defensas al momento de estar llevando a cabo un proceso terapéutico (Minuchin, 1999).

En la terapia familiar se pueden resolver los diferentes conflictos y problemas en donde cada miembro está al alcance de los otros. En las familias es importante la evaluación de su integración emocional, familias más integradas pueden superar o llevar mejor el proceso de duelo; familias menos integradas van a presentar más resistencia.

La terapia familiar puede tratar el impacto del duelo incompleto en la vida de la familia y en su interacción posterior. Por lo tanto es importante la terapia familiar en el ADEVI, para ayudar a los miembros de la familia a recobrar el equilibrio y reacomodarse como sistema a su nueva dinámica familiar (Minuchin, 1999).

En el ADEVI también se proporciona terapia para los familiares de las víctimas de suicidio. Por lo que se toma en cuenta lo que maneja el DSM IV: el suicidio se presenta en un Episodio Depresivo Mayor, donde son frecuentes los pensamientos de muerte y la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si él o ella muriera, hasta los pensamientos transitorios pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas puede ser muy variable. Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y así podrán suicidarse.

Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso que es percibido como interminable. También se presentan en el Trastorno Bipolar Uno y en el Dos.

En las familias, cuando un ser querido se suicida se quedan no sólo con la sensación de pérdida sino con un legado de vergüenza, miedo, rechazo, enfado y culpa. Se cree que el suicidio es la crisis más difícil que ha de afrontar y resolver cualquier familia.

En el ADEVI también se atienden casos de suicidio, ya que se trata de una muerte violenta; en los casos atendidos se ha observado que las víctimas indirectas presentan una sensación emocional displacentera cargada de culpa, lo cual es uno de los objetivos a trabajar en el proceso terapéutico.

Objetivos a trabajar tanto en la terapia familiar como individual:

- a) Confrontar con la realidad la culpabilidad generada por el evento.
- b) Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones de los supervivientes.
- c) Trabajar el enfado.
- d) Confrontar la sensación de abandono con la realidad del evento.

Los diagnósticos de los usuarios del ADEVI son: Elaboración del Duelo y los Trastornos por Estrés Postraumático.

Dentro de la **Elaboración del Duelo** son numerosas las víctimas indirectas que se presentan demandando atención terapéutica en el ADEVI por haber perdido a un ser querido o como consecuencia de un delito de homicidio o suicidio. El proceso de Duelo puede adquirir características críticas y dramáticas, ya que regularmente la pérdida se presenta de manera violenta y sin posibilidades de una aceptación gradual como ocurre en la muerte natural.

Los sentimientos de enojo, desolación y culpas se agudizan por la situación particular en que se dan los hechos, no hay tiempo para prepararse física y psicológicamente para enfrentar la pérdida, por ello se acentúa el carácter de crisis del proceso de duelo.

Para intervenir terapéuticamente es necesario conocer las Etapas del Proceso de Duelo, que si bien no se dan de forma lineal, dan una guía que permite comprender lo que le está ocurriendo al usuario así como dirigir los objetivos y el camino a recorrer en el proceso.

Hay que entender que la Elaboración del Duelo es un proceso dinámico en el que se pasa por diferentes etapas, por lo que las observaciones sobre la forma en que los individuos responden a la pérdida de un ser querido muestran la fase por la que están pasando.

Según Kübler (2000), las etapas identificadas en la elaboración de duelo son:

-Fase del Aturdimiento o embotamiento de la sensibilidad: en esta fase la persona se enfrenta con la noticia de la muerte, se siente aturdida, confusa, con una ligera pérdida de contacto con la realidad; puede haber distorsión de tiempo, sintiendo que pasa o muy lento o muy rápido. En esta fase persiste la sensación de estar en un sueño, algo irreal y se puede actuar de forma casi automática. Dura por lo general de una hora a una semana y puede estar interrumpida por llanto o enojo.

-Fase de Negación: el conocimiento de la muerte trae una crisis a nuestra vida y nuestra primera expresión es: ¡¡No, no puedo creerlo, esto no es verdad, esto no me está pasando a mí!! Es muy difícil de aceptar que no se volverá a ver a esa persona y es imposible imaginar cómo será nuestra vida sin ella.

La negación es un mecanismo natural que protege al individuo del dolor inicial, sin embargo no podemos quedarnos en ella. Hay personas que se quedan en la negación y entonces la muerte los priva de mantener una relación real con las personas vivas. Se establecen conductas tales como dejar la habitación en las mismas condiciones esperando que regrese, dejar un lugar en el comedor y enfurecerse porque alguien ocupe esa silla o simplemente no permitir que se hable del asunto. Todo esto hace que se complique la recuperación emocional.

-Fase del Anheló y búsqueda del objeto perdido: al cabo de unas horas o quizá algunos días después de la pérdida se comienza a percibir la realidad de la misma, la cual produce una sensación de intenso anhelo, llanto y casi al mismo tiempo una gran inquietud, insomnio y pensamiento obsesivo respecto de la persona pérdida, que a veces se combinan con la sensación de su presencia concreta, y una acentuada tendencia a interpretar señales y sonidos como indicadores de que la persona ha vuelto.

Es como si todos los sentidos estuvieran atentos a buscar lo perdido y esta exploración del mundo exterior en busca de señales del objeto, incluye establecer una “actitud perceptual” interna, derivada de las experiencias previas con los

objetos. Entonces “se escuchan sus pasos exactamente igual a cuando venía del trabajo, o se oye un llanto de bebé”. En esta fase se busca y se intenta recuperar el objeto perdido.

-Ira, coraje, enojo: al tomar contacto con la realidad ya no expresamos como en la negación: “Esto no me está pasando a mí” sino que surge desde dentro una furia incontenible en la frase: “¿Por qué a mí?” Cuanta falta hace tener a alguien en esos momentos que soporte nuestras dudas, nuestros interrogantes y que permita dar salida a nuestro enojo, que comprenda nuestra frustración, que no nos llene de discursos, sino que nos ayude a liberar todo ese caudal de emoción.

El coraje surge porque con la pérdida hay que aceptar que otras cosas también se pierden: planes, proyectos, sueños que se ven frustrados, y hay que aceptar esto sin una respuesta lógica, sin entender el por qué.

-Regateo: en esta fase se ofrece cualquier cosa a cambio de recuperar la vida y el objeto perdido. En caso de que haya muerto podemos pasar horas haciéndonos recriminaciones de tipo: “si hubiera hecho esto o aquello”, “si hubiera estado más tiempo con ella”, queriendo cambiar en nuestra imaginación el final y recuperar lo perdido.

-Depresión: una vez que la persona ha pasado las diferentes etapas, tolerando el anhelo el análisis incansable de cómo y por qué se produjo la pérdida, y el coraje por todo aquel que se le considere responsable, sin excluir al objeto desaparecido, llega a aceptar e integrar en su vida de forma gradual que la pérdida es permanente y que es necesario dar una nueva forma a su vida. De ahí se deriva la frustración de tantos impulsos que se habían vuelto habituales sin esa persona, existe un vacío, y así la vida no tiene sentido. Llega la depresión que aparece con la integración de la pérdida a la vida, y en esa medida, trae un cambio.

Hay desorganizaciones, perdemos estructura, es un momento de crisis, donde se ha descartado muchos de los patrones previos de pensamiento, sentimiento y

acción, y también es necesario establecer otros nuevos, acordes a esta nueva etapa.

-Aceptación: si el duelo sigue su curso normal, la depresión se va alterando con esta fase en la que se examina la nueva situación en la que se encuentra el individuo y las posibles formas para enfrentarla, lo cual implica una redefinición de sí mismo y su situación, así como hacer nuevos planes, renunciando a la esperanza de encontrar al objeto perdido, aceptando la separación o la muerte y comenzando a tomar nuevamente el curso normal de la vida.

En ocasiones la elaboración del duelo no sigue su curso normal y comienza a ocasionar malestar, provocando síntomas no relacionados con el duelo, los cuales se agrupan de la siguiente manera:

- a) Identidad y rol de la persona perdida.
- b) Edad y sexo de la persona que sufre la pérdida.
- c) Causas y circunstancias de la pérdida.
- d) Personalidad del que sufre la pérdida y su habitual forma de establecer relaciones afectivas.
- e) Circunstancias psicológicas o estado de la relación en el momento de la pérdida.
- f) Circunstancias económicas y culturales.

Si tomamos en cuenta estos factores nos llevan a tres posibles reacciones que se presentan en estos casos: el duelo crónico, la ausencia prolongada de aflicción y la euforia.

-En el **duelo crónico** el tiempo de la elaboración es mucho mayor (3 y 4 años) al tiempo promedio que tarda normalmente (1 y 2 años) con la presencia de síntomas como: depresión, pérdida de interés por el mundo que le rodea, imagen negativa de sí mismo, del presente y del futuro como autoreproches y pérdida del sentido de la vida. También se presenta un anhelo intenso y continuo con deseos

de morir para encontrarse con el otro. Hay enojo y amargura permanente, a veces con odio y deseo de venganza contra aquellos que se consideran culpables (Kübler, 2000).

-La **ausencia prolongada de aflicción conciente** comienza por una prolongada fase de aturdimiento y negación, en la que la persona generalmente, asumiendo que debe controlar la situación actúa automáticamente, sin dar importancia a lo que está sintiendo. Puede presentar síntomas físicos y temor a la crisis emocional.

-La **euforia** es una respuesta atípica a la pérdida que va asociada con una respuesta negativa a creer lo que ocurrió, combinada con la sensación de la presencia del otro, se niega totalmente la realidad. En otros casos se reconoce la pérdida pero se valora como algo completamente beneficioso para la persona que la vivió. La persona se muestra alegre, excesivamente activa, agitada, llena de proyectos, entusiasta, muy externa. Por lo común después de esa etapa cae en la depresión que marcará en parte el inicio del proceso de aceptación.

Para evitar que exista una complicación en la elaboración del duelo hay que desarrollar tareas para que esta elaboración se facilite, el duelo aún con todo el dolor que implica tiene la parte positiva de brindar una oportunidad para que el ser humano se desarrolle y aprenda de sí mismo. Para esto se proponen las siguientes tareas:

-**Aceptar la realidad de la muerte o la pérdida:** Para cumplir esto, el terapeuta debe afirmar constantemente la pérdida e invitar al usuario a hablar extensamente sobre el hecho y como sucedió este. También ayuda el descolocar objetos que al moverse reafirman que esa persona ya no está, así como el uso de rituales de aceptación y despedida.

-**Trabajar las emociones:** Hay que aceptar y apoyar al usuario para que exprese todos los sentimientos asociados a la pérdida, así como facilitarle la utilización constructiva de estas emociones. Es importante no negar ni asustarse con las

emociones fuertes. Se debe tomar en cuenta que en las Víctimas de Violencia la carga de enojo puede aparecer muy fuerte, no se debe tratar de negarla ó evitarla, entre más se contenga o se evite más destructiva será, el terapeuta tiene que facilitar que esta se exprese positivamente, para ello puede apoyar en las técnicas derivadas de la terapia psicocorporal y que se ha visto dentro del ADEVI que son efectivas en estos casos (Kübler, 2000).

La culpa puede trabajarse para dirigirla a la reparación del daño ó bien cuando tiene carácter castigador debe confrontarse con la realidad. La ansiedad se puede trabajar efectivamente con las técnicas del aquí y el ahora.

-Ayudar a la persona a vivir con la pérdida: si la persona se inutiliza, se devalúa y se cree incapaz de vivir sin el otro debe facilitarse el descubrir sus potenciales para desarrollarse y ser autosuficiente. Ayuda la búsqueda de habilidades que la persona tuvo en el pasado pero que dejó de usar o el aprendizaje de estas habilidades para que ella misma satisfaga las necesidades que cubría el ser perdido. También es de gran utilidad ayudarla a buscar y acercarse a redes de apoyo externo.

-Recolectar la pérdida: cuando una persona muere no es posible olvidarla, pero el terapeuta tiene que facilitar que el usuario la coloque psíquicamente con un significado que no obstaculice su desarrollo y adaptación a una nueva vida sin la persona perdida. Así, si en un principio del duelo se ayuda a la aceptación de la pérdida aquí hace que se recupere simbólicamente está pérdida pero con un nuevo significado.

El segundo trastorno más frecuente que presentan los usuarios de ADEVI es el **Estrés Postraumático**, ya que en su condición de víctimas se han visto expuestos a sucesos violentos y traumáticos que dejan secuelas psicológicas. Por lo que es importante tomar en cuenta la definición y sus características de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV):

Las características diagnósticas esenciales del trastorno por Estrés Postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático

Por lo cual se establecen Criterios para el Diagnóstico de Trastornos por Estrés Postraumático como son:

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

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

(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

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

B) El acontecimiento traumático es re experimentado persistente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1.- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en lo que se incluyen imágenes, pensamientos o percepción.

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

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

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

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

Nota: Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.

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

- 1.- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2.- Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3.- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- 4.- Reducción acusada de interés a la participación en actividades específicas.
- 5.- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 6.- Restricción de la vida afectiva.
- 7.- Sensación de un futuro desolador.

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

- 1.- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- 2.- Irritabilidad o ataques de ira.
- 3.- Dificultad para concentrarse.
- 4.- Hipervigilancia
- 5 -Respuesta exagerada de sobresalto.

E) Estas alteraciones se prolongan más de un mes.

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

-ESTABLECER CONTACTO PSICOLÓGICO EMPÁTICO.

Esta es la primera etapa del modelo de atención a víctimas de delito violento la cual tiene como objetivo establecer el contacto psicológico entre el terapeuta y el usuario, con el fin de que el usuario se auto-explore para definir su problemática.

En ésta existe una fase de pre ayuda o pre comunicación. Donde la meta del terapeuta es atender al otro, tanto física como psicológicamente, darse completamente a “estar con el otro”, trabajar con el otro.

“El psicólogo, debe escuchar atentamente al usuario, debe escuchar tanto los mensajes verbales como los no verbales de la persona que está tratando de ayudar.

El terapeuta tiene que estar preguntándose a sí mismo ¿qué es lo que esta persona está tratando de comunicar?, ¿qué está diciendo sobre sus sentimientos?, ¿qué está diciendo sobre su conducta?

El terapeuta debe aquí responder al usuario y a lo que él tienen que decir con respecto y empatía; establecer una relación de trabajo efectiva y de colaboración con el usuario, facilitar su la autoexploración. El terapeuta primero atendió a todo lo que el usuario dijo: después responde en una forma que ayuda al usuario a autoexplorarse.

Para poder brindar la ayuda y que el usuario pueda autoexplorar sus emociones y, sentimientos y conductas el terapeuta necesita las siguientes destrezas:

1. **Empatía:** El terapeuta debe responder al usuario en una forma que muestre que ha escuchado y que comprende cómo se siente y lo que está diciendo sobre sí mismo. En cierto sentido, él debe ver el mundo del usuario desde el mismo marco de referencia del usuario más que desde el suyo propio. No es suficiente comprender, él debe comunicar su comprensión.

2. **Respeto:** La forma en la cual se trata al usuario debe expresar que lo respeta, que básicamente esta “para él”, que quiere estar disponible para él y trabajar con él.

3. **Genuinidad:** Su oferta de ayuda no puede ser falsa, debe de ser humano frente al usuario para que este pueda confiar y trabajar con sus emociones y sentimientos.

4. **Ser concreto.** Aún cuando el usuario divague o trate de evadir temas reales al hablar en generalidades, el terapeuta debe llevar el proceso de ayuda a sentimientos concretos y a conductas concretas.

En usuarios víctimas de delitos violentos a veces, es necesario en una primera entrevista pasar rápidamente de la fase de pre ayuda a la acción, cuando los síntomas ansiosos son de tal magnitud que no permiten establecer una buena comunicación entre el terapeuta y el usuario.

Estas acciones deben encaminarse a disminuir y controlar la ansiedad por lo que se recomienda la utilización de las siguientes técnicas “rápidas“del manejo del estrés:

- Restablecimiento del flujo respiratorio
- Relajación progresiva
- Tensión-relajación integral
- Facilitar la catarsis
- Exageración de señales no verbales
- Visualización de imágenes agradables
- Facilitación de descarga corporal de emociones

-DEFINIR EL FOCO DE ATENCIÓN EN EL AQUÍ Y EL AHORA.

Tomando en cuenta que en la etapa anterior el terapeuta reunió los datos producidos por el usuario en la fase de autoexploración. El ve y ayuda al otro a identificar temas o patrones de conducta que constituirán el foco de atención (problema presente).

En esta etapa, el usuario ha desarrollado un auto entendimiento y por lo tanto ve la necesidad del cambio de acción, identifica sus recursos, especialmente aquellos recursos no utilizados.

Posteriormente de haber establecido un contacto psicológico entre el usuario y el terapeuta. Ambos definen el problema actual que será el foco de atención en las sesiones terapéuticas.

La definición del foco de atención debe cubrir los siguientes criterios:

- Basarse en un diagnóstico clínico. Para lo cual debe basarse en el DSM IV ó en las características de las Etapas del proceso del Duelo, según sea el caso.

- Centrarse en el Aquí y el Ahora, en la problemática presente.

- Diferenciarse de otras disfunciones no derivadas del Estrés Postraumático o del Duelo. En estos casos se debe canalizar al usuario a la instancia pertinente y especializada a su problemática.

- Contemplar el Área Cognitiva, Conductual, Emocional, Corporal y Espiritual que se desea elaborar terapéuticamente (“problemas de la víctima”)

- Debe conceptualizarse en términos concretos, de manera tal que sea posible observarse a través de la manifestación de emociones o conductas observables y no en términos abstractos.

- Debe ser significativa y aceptada o propuesta por el usuario.

-ESTABLECER LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

Si se ha establecido con claridad y concretamente los focos de atención que se van a abordar, es decir los “problemas de la víctima”, el establecimiento de los objetivos será muy sencillo porque éstos referirán directamente a las metas a las cuales el usuario quiere llegar una vez que elabore terapéuticamente y/o tome decisiones, modifique pensamientos, conductas o emociones para resolver su problemática.

Los objetivos terapéuticos particulares deben sustentarse y derivarse de los siguientes **objetivos generales**:

-Restablecer el enfrentamiento inmediato para que la persona tome las medidas concretas para abordar la situación y la toma de decisiones para llevar a cabo acciones.

-Reducir la mortalidad

a) Previniendo conductas intra o extra punitivas que pongan en riesgo la salud o la vida de la víctima o de otras personas. Esto es especialmente importante cuando la víctima se presenta con ideación suicida, agresión a los otros, o bien expuesto a situaciones amenazantes a el mismo, aquí es importante diferenciar entre amenazas irreales producto de una exageración psicológica de la realidad y entre amenazas reales y tangibles, estas últimas deben ser atendida a través de acciones concretas.

-Apoyar la búsqueda o proporcionar enlaces a recursos de ayuda, ya sea personales, familiares o institucionales.

Los **objetivos específicos** se derivan del diagnóstico que se haya realizado y tienen como meta cumplir los objetivos generales antes mencionados. Estos deben cumplir los siguientes criterios:

- Deben de establecerse de común acuerdo con la víctima.
- Elaborarse en términos concretos. Con indicadores del cambio observables a través de la manifestación emocional o conductual de la persona.
- Ser realistas y alcanzables contemplando las limitaciones de recursos que puedan obstaculizar su realización.
- Deben ser conocidos, además de ser claramente entendidos y aceptados por el usuario. Es decir, el usuario debe saber para que esta acudiendo a Psicología (esto previene en gran medida la deserción).
- Deben ser elaborados en el marco de una Psicoterapia breve, es decir tener en cuenta las limitaciones de tiempo y espacio.
- La definición de objetivos debe ser un proceso flexible que admita adaptarse al dinamismo propio de la conducta humana.
- Deben contemplar las áreas cognitivas, conductuales, emocionales, corporales y espirituales en las que se desea incidir.

- PLAN DE ACCIÓN.

EL Plan de Acción constituye un “mapa” en el proceso total de intervención terapéutica. En él se establecen el número de sesiones, las técnicas y parámetros de evaluación, así como los materiales que son necesarios para el cumplimiento de los objetivos.

-Número de sesiones: se designara un número de sesiones destinadas para cubrir cada uno de los objetivos. Tomando en cuenta que es un modelo de psicoterapia breve por lo que se sugiere un máximo de 12 sesiones en total.

- **Sujetos:** Se determina quienes participaran en cada sesión, en caso de que se requiera la participación de los familiares se avisa con anticipación las citas.

-**Técnicas:** Se determinan las técnicas terapéuticas a utilizar, estas técnicas deben ser conocidas y eficientemente manejadas por el psicólogo. El psicólogo debe contar con un amplio repertorio de técnicas psicológicas y éstas deben ser flexibles para adaptarse a las necesidades específicas del caso.

-**Parámetros de evaluación:** se debe definir a través del cual el psicólogo y el usuario, conocerán los objetivos terapéuticos que se están cumpliendo. Estos parámetros deben ser elaborados en términos concretos con conductas observables (por ejemplo; cuando el usuario sea capaz de salir de su casa solo y sin tener síntomas de ansiedad).

Estos parámetros deben ser establecidos en común acuerdo con el usuario así él sabrá que la terapia está funcionando y esto tiene una ganancia de motivación para asistir el proceso terapéutico.

- CIERRE Y SEGUIMIENTO

Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos el usuario realizará una última sesión donde reseñara el proceso terapéutico y los logros obtenidos.

Se dará una cita personal o telefónica a los 2 meses para constatar el sostenimiento de los logros.

En el ADEVI se trabaja con este modelo con los usuarios que llegan en proceso de duelo y/o con estrés postraumático ya que el establecimiento de los objetivos y metas terapéuticas será de acuerdo a cada uno de los usuarios a nivel individual o familiar.

Estas características se toman en cuenta para el diagnóstico y la posterior intervención psicológica dentro del ADEVI y así llevar a cabo el tratamiento psicoterapéutico a nivel individual y familiar según sea requerido en cada uno de los casos y la situación por la que están pasando los usuarios que han sido víctimas directas o indirectas de algún delito violento.

UNIVERSO DE TRABAJO

Los usuarios que llegan al Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI han sido víctimas directas o indirectas del algún delito violento, acuden tanto hombres como mujeres, adultos y niños.

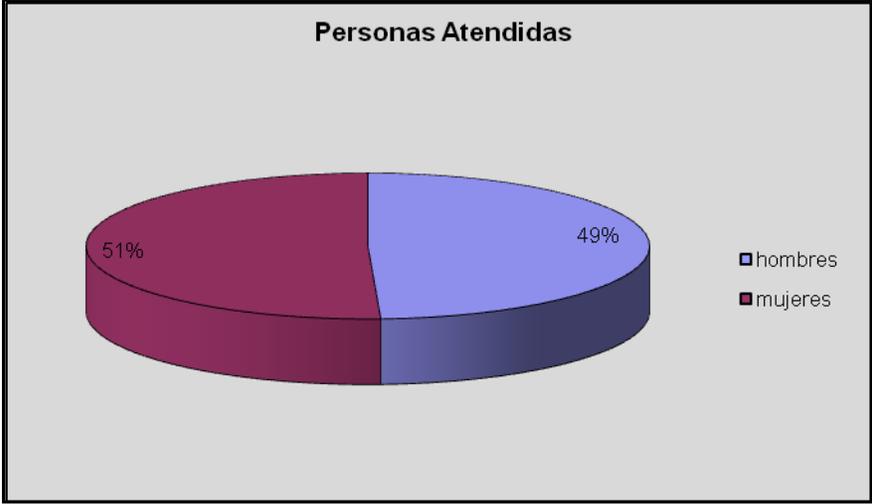
En el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI se atienden a las personas que han sido víctimas directas o indirectas de delitos violentos como son: homicidio, suicidio, amenazas, robo, secuestro, lesiones, extorsión, denuncias de hechos, abuso de autoridad, allanamiento de morada, daño a la propiedad, las cuales traen como consecuencia procesos de Duelo y Estrés Postraumático, en ocasiones acuden al Centro a petición del Ministerio Público y se les brinda atención médica, orientación por parte de las trabajadoras sociales, asesoría legal y acompañamiento en audiencias por parte de los abogados en caso de ser requerido, valoraciones y dictámenes psicológicos por parte de los peritos en psicología, e intervención y tratamiento psicoterapéutico por parte de los psicólogos.

El perfil psicológico tanto de estrés postraumático como de duelo fue elaborado por la líder coordinadora de proyectos de atención psicológica, los psicólogos y peritos del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI, después de haber trabajado durante algunos años en la atención a las víctimas, esto para brindar un mejor servicio, para el año de 2006 este perfil ya estaba elaborado después de haber tomado en cuenta las características y definiciones bibliográficas y tomando en cuenta las estadísticas de las personas que acuden a recibir atención psicológica al ADEVI.

De acuerdo a la atención brindada por parte del área de psicología se puede señalar que las personas que son víctimas de un delito violento sufren como consecuencia el TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Los datos estadísticos que se obtuvieron durante el periodo de Enero – Noviembre señalan que las víctimas que acuden al Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento (ADEVI) fueron 417 mujeres y 405 hombres, no existiendo mucha diferencia, por lo que se ve que tanto hombres como mujeres están solicitando los servicios del Centro (Gráfica 1).

Gráfica 1. Personas Atendidas en el ADEVI

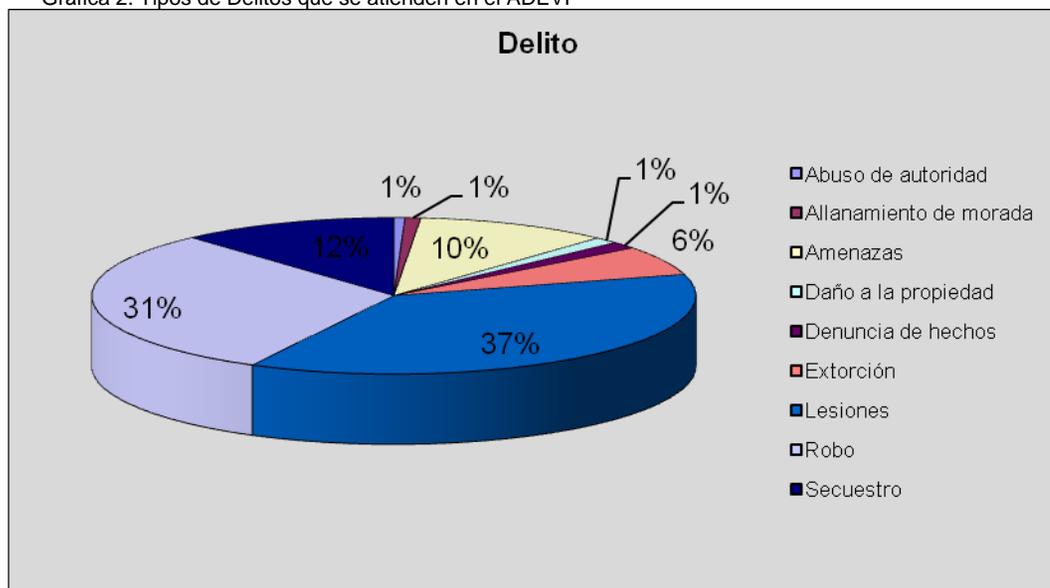


En cuanto a la **EDAD** los datos señalan que la mayoría de hombres y mujeres se encuentran en un rango de edad de 17 a 59 años, es decir jóvenes y adultos.

Con respecto al **TIPO DE DELITO** se obtuvieron los datos de las denuncias tanto de hombres como de mujeres:

Abuso de autoridad	5
Allanamiento de morada	7
Amenazas	87
Daño a la propiedad	11
Denuncia de hechos	12
Extorsión	51
Lesiones	312
Robo	257
Secuestro	98

Gráfica 2. Tipos de Delitos que se atienden en el ADEVI



Posteriormente, al haber obtenido los resultados, se realizó un perfil, el cual refleja la presencia de los síntomas más significativos relacionados al **TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**, que presentan las víctimas de delito violento que acuden al ADEVI, todos estos síntomas se toman en cuenta en la realización de la valoración y el posterior registro en los formatos que se manejan para anexarlos en los expedientes de los usuarios. Con la obtención de este perfil se pueden determinar los objetivos terapéuticos, así como el manejo interdisciplinario que se requiere para la atención de las víctimas del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento.

Este perfil psicológico nos muestra que el delito violento tiene un impacto cognitivo importante en la víctima, creando una situación de estrés porque significa un daño y un peligro, lo que representa para la víctima directa y sus familiares, vivir con temor, angustia y ansiedad, ante la posibilidad de ser victimizada nuevamente.

Además de la sintomatología ya descrita, suelen estar presentes otros síntomas o trastornos, debido a que el impacto del acontecimiento traumático en el individuo

puede ser tal, que repercute en diversas áreas de la vida de la persona: cognitiva, afectiva, familiar y social.

Con respecto al proceso de **DUELO** el cual como se mencionó anteriormente es un proceso natural por el que pasa todo individuo después de una pérdida afectiva, representa un trabajo psíquico para la reorganización, es decir un proceso de reparación y de cura.

En el caso de las víctimas que acuden al ADEVI, es decir en víctimas de delitos violentos, este proceso resulta complicado dada la situación en la que se presenta la pérdida, es decir por eventos como homicidios, accidentes violentos, suicidios y secuestros.

En las primeras etapas del proceso de duelo, existe la posibilidad de que éstas se crean situaciones ya superadas, sin embargo al final esta posibilidad disminuye y los sujetos tienen que comenzar a aceptar la pérdida para así poder llegar a la recuperación del equilibrio emocional.

1.- La **Negación**, se caracteriza precisamente por que el individuo se halla en un estado de fuerte impacto, de incapacidad de aceptar la pérdida definitiva, existe en esta etapa la sensación de irrealidad, de sueño, lo que en ocasiones las víctimas manifiestan como: “esto no es verdad, es una pesadilla, ¡ya quiero despertar!”. La pena y el sufrimiento son tan profundos, que de aflorar todos los sentimientos presentes, existiría la posibilidad de alguna alteración mental, es por ello que dentro de los recursos internos de cada individuo se manifiestan los mecanismos de defensa.

Es frecuente en las víctimas de duelo, “la Racionalización o Intelectualización” en donde se utilizan elementos de la lógica para explicarse el fenómeno de la muerte y así protegerse de sentir el dolor que implica la pérdida, la racionalización permite al individuo que su organismo regule la energía necesaria para enfrentar las necesidades inmediatas, sin embargo de permanecer por mucho tiempo

impediría el sano curso del duelo, por ello la etapa de negación puede variar desde minutos hasta semanas, ello va a depender de cada sujeto en particular y de los recursos personales con que cuente.

2.- La **conciencia de la pérdida que produce anhelo y búsqueda de la figura pérdida**, en esta etapa el sujeto ya tiene conciencia de la ausencia permanente del ser querido, esto produce frecuentemente estados de tensión y de agitación, se presentan alteraciones somáticas acompañadas por crisis de llanto o sensación de asfixia.

En víctimas de delitos violentos frecuentemente se presentan alteraciones en el sueño como la presencia de pesadillas relacionadas con la pérdida o con el evento violento que la produjo, o bien puede existir en las víctimas hipersomnias, insomnio, sobresalto y terrores nocturnos, además de trastornos en la alimentación la cual puede ser de aumento o disminución del apetito, o se pueden manifestar trastornos digestivos como colitis, diarrea, gastritis, náuseas y vómito.

Esta etapa se va a caracterizar por el anhelo y la búsqueda del occiso (a), existe la sensación de desconsuelo y nostalgia, que provocará en las víctimas la búsqueda de la persona ausente, en lugares, cosas significativas que se la recuerden, a raíz de esta búsqueda pueden manifestarse sentimientos ambivalentes en torno al difunto y/ o al presunto responsable, estos son: desconsuelo, ira, tristeza, odio, ansiedad, culpa, temor que aumentan y provocan un estado de confusión. Esta ambivalencia y contradicción desestabiliza la capacidad cognitiva afectando la memoria (mediata e inmediata), atención y concentración, la capacidad de análisis y síntesis, y además la posibilidad de alteración en el curso y contenido del pensamiento.

3.- De acuerdo con Kübler (2000), la **Depresión** se caracteriza por el desorden emocional y de la vida diaria, que le impide a la víctima el fácil funcionamiento en su medio, en esta etapa existe la tendencia al aislamiento, la pérdida del interés en

actividades significativas y cotidianas, la víctima puede sentirse irritada sin motivo aparente, con desgano, tristeza y sin deseos de vivir, con sentimientos de desesperanza que le provocan la sensación de incapacidad de continuar viviendo sin la persona que ha muerto.

Existe en general un estado de depresión y un nivel bajo de energía, se pueden presentar el pensamiento circular y recurrente entorno al evento violento, así como pensamientos desagradables e invasores relacionados con el mismo.

Por ello y por el proceso natural del duelo, la vida privada de la víctima en esta etapa se vuelve bastante complicada, existe inestabilidad por la ausencia del occiso, al cual ya no conciben en el futuro que perciben incierto.

4.- La **Negociación**, en ella la víctima genera un estado de aceptación y reacomodo de la vida, esto se logra cuando es capaz de aceptar la ausencia del ser querido y considera las posibles formas de enfrentar esa realidad sin él, lo cual implica una nueva visión de sí misma, de la situación actual y de su papel en ésta. Se trata de una redefinición de ella y de las condiciones en la que se encuentra, de un proceso de realización en el que se reestructuran sus actividades y sus planes adaptándose a los cambios que se han producido en su vida.

En la medida que la víctima se redefine con el apoyo de la terapia, se da la reparación y puede llegar a encontrarse más estable, en ella los recuerdos siguen aflorando con relación al occiso, sin embargo la historia de lo vivido con él se reconstituye. Su vida vuelve a tomar el curso normal, aprende a desempeñar un papel social diferente y su ambiente se reconstruye. Progresivamente, la vida de la víctima se dirige mejor, terminando así el proceso de duelo.

El perfil de las víctimas de delito violento que pasan por un proceso de **DUELO** y de **ESTRÉS POS-TRAUMÁTICO** elaborado por ADEVI incluye las siguientes áreas:

I. Características Generales de la Población: Rango de Edad, Escolaridad, Ocupación.

II. Alteraciones de las Funciones Cognitivas: Memoria, Atención y Concentración, Capacidad de Análisis y Síntesis, Alteración del Pensamiento y en el Contenido del Pensamiento.

III. Alteraciones Somáticas: Trastornos del Sueño, Alimentación, Digestivos y Conversivos.

IV. Alteraciones Afektivas: Angustia, Ansiedad, Disminución en el Placer, Inseguridad, Ira, Irritabilidad, Culpa, Soledad y Tristeza.

V. Alteraciones Conductuales: Trastornos en las Relaciones Sociales y Familiares.

VI. Adicciones: consumo de Tabaco, Alcohol, Drogas o Fármacos.

VII. Miedos.

Este perfil psicológico nos muestra que el delito violento tiene un impacto cognitivo importante en la víctima, que repercute en diversas áreas de la vida de la persona: cognitiva, afectiva, familiar y social lo que hace que haya una disminución en su calidad de vida.

La elaboración del perfil de estrés postraumático y de duelo dentro del ADEVI sirven para mejorar la atención psicoterapéutica brindada a los usuarios, de igual forma para poder detectar alguna otra alteración que no sea por estos procesos y darle una canalización a una instancia que pueda darles la atención adecuada en caso de que se requiera medicación o internamiento, así mismo se canalizan a los otros Centros cuando se trata de violencia familiar, abuso sexual entre otros.

RECURSOS HUMANOS

Para el cumplimiento de sus funciones el ADEVI cuenta con una plantilla de personal de 71 personas integrado por: 15 trabajadoras sociales, 2 médico, 15 abogados, 11 psicólogos, 3 peritos en psicología, 2 informática, 4 lideres coordinadores de proyectos, 6 secretarias, 1 recursos humanos, 12 personas encargadas de otras funciones como el área administrativa, el aseo y vigilancia por mencionar algunos.

Dentro del área de **Trabajo Social** en la cual se cuenta con 15 trabajadoras sociales y 2 prestadoras de servicio social, se detecta, orienta e informa a todas las víctimas, además de proporcionar traslados así como servicios funerarios cuando son requeridos por los usuarios del centro.

En el área **Jurídica** la cual cuenta con 15 abogados y prestadores de servicio social, se proporciona la asesoría y seguimiento jurídico sobre los derechos y alternativas legales; así mismo apoyan en acciones y diligencias jurídicas a favor de las víctimas ante las unidades investigadoras del Ministerio Público y juzgados penales y de paz penal, con el fin de que se aporten elementos de prueba para la acreditación del daño material y moral.

En el área médica se cuenta con 2 médicos generales. Se da atención de urgencia y se canalizan a hospitales públicos para una atención especializada.

En el área de **Psicología** se cuenta con 11 psicólogos, 3 peritos en psicología, 6 prestadores de servicio social, se proporciona apoyo psicoterapéutico, terapia de duelo, manejo de estrés postraumático, atención en crisis. De igual forma se realizan dictámenes psicológicos para la acreditación del daño moral a través de los peritos en psicología.

Se cuenta con dos personas encargadas de las bases de datos de todo el centro así como del mantenimiento al equipo de cómputo y la red de infamación del centro.

Los líderes coordinadores de proyectos que son 4 se encargan de la coordinación de trabajo de cada una de las áreas con las que cuenta el centro, realizando juntas semanalmente para evaluar la forma de trabajo de cada una de las áreas y poder modificar o continuar con la misma forma de trabajo, así mismo se reúnen para comentar los casos de mayor relevancia y la forma en que estos están siendo atendidos por el personal del centro.

MATERIAL Y EQUIPO

Dentro del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI el material y equipo más utilizado por los psicólogos y prestadores de servicio social es:

-Protocolo de reporte de sesión: en el cual se anotan los datos de las personas que asisten a terapia, así como datos personales y la relatoría de las sesiones a las que asiste.

-Protocolo de valoración psicológica de duelo: se manejan los síntomas y características del perfil que se elaboro en el ADEVI.

-Protocolo de valoración psicológica de estrés postraumático: se manejan los síntomas y características del perfil que se elaboro en el ADEVI.

-Protocolo de resultados de pruebas psicológicas: en este se anota los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas (Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test de los colores de Max Lüscher, HTP, Test Gestaltico Visomotor de Laureta Bender, escala de Depresión de Zung, Test de la familia)

-Hojas blancas

-Manuales de pruebas proyectivas como:

*Test de la figura humana.

*Test de los colores.

* H T P. Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo.

*Test Gestaltico Visomotor de Laureta Bender

* Escala de depresión de Zung

*Test de la Familia

-Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV)

LIMITE DE TIEMPO

El periodo de trabajo que abarqué para este proyecto dentro del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI comprende del 1 de Enero al 31 de Noviembre de 2007, con un horario de 35 horas a la semana, durante este tiempo se realizaron diversas actividades como la intervención terapéutica, y realización de valoraciones psicológicas.

La intervención psicoterapéutica brindada por el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI tiene como duración 1 hora para la terapia individual y 2 horas para la terapia familiar, en cuanto a las valoraciones y dictámenes duran entre 1 y 2 horas. Los enfoques terapéuticos manejados son: psicoanálisis, sistémico, humanista, gestalt. Brindando una intervención terapéutica breve, aunque en ocasiones las personas necesitan más sesiones de acuerdo a su problemática o a que no pueden elaborar su duelo o continúan con síntomas de estrés postraumático. Dichas personas son canalizadas a la Secretaria de Salud o a otras Instancias con las cuales se tienen convenios para la continuación de su proceso terapéutico.

Posteriormente de que se elaboraron los perfiles de duelo y estrés postraumático se elaboró el MODELO DE INTERVENCIÓN PARA USUARIOS DE DELITOS VIOLENTOS por parte de la líder coordinadora de proyectos de Psicología y los psicólogos el cual contempla las siguientes etapas:

- ESTABLECER CONTACTO PSICOLÓGICO EMPÁTICO.
- DEFINIR EL FOCO DE ATENCIÓN EN EL AQUÍ Y EL AHORA.
- ESTABLECER LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.
- PLAN DE ACCIÓN.
- CIERRE Y SEGUIMIENTO

En el ADEVI se trabaja con este modelo con los usuarios que llegan con el proceso de duelo o con estrés postraumático ya que el establecimiento de los objetivos y metas terapéuticas será de acuerdo a cada uno de los usuarios a nivel individual o familiar.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados que se obtienen dentro del ADEVI las personas terminan sus tratamientos cumpliendo sus objetivos de manera satisfactoria, en ocasiones hay deserción por cuestiones económicas o falta de interés, en otras ocasiones las personas sólo necesitaban la ayuda jurídica y el proceso concluyo o porque pedían el apoyo económico que brinda el centro.

El contacto empático que se establece con los usuarios facilita el trabajo y el logro de los objetivos y metas terapéuticas que se establecen en el inicio del tratamiento.

En cuanto a las valoraciones y dictámenes terapéuticos los peritos realizan la presentación y confirmación de los resultados obtenidos ante el Ministerio Público lo cual ayuda a las pruebas a favor de las víctimas que hay realizado una averiguación previa.

Tomando en cuenta las personas que se atendieron se puede ver que tanto hombres como mujeres son víctimas directas o indirectas de delitos, el nivel de educación y la edad son factores que no influyen para que una persona sea víctima de un delito.

La creación de centro como el ADEVI ha servido para brindar ayuda a las víctimas de delitos, formando una cultura de denuncia entre las personas que han sido víctimas, promoviendo la procuración de justicia, desarrollando programas de prevención del delito, así como representar a la sociedad en la investigación y persecución del delito, con apego a los principios de legalidad, certeza, seguridad jurídica, que se garantice el respeto de los derechos humanos, así como brindar atención dentro del área jurídica, social y psicológica a las víctimas.

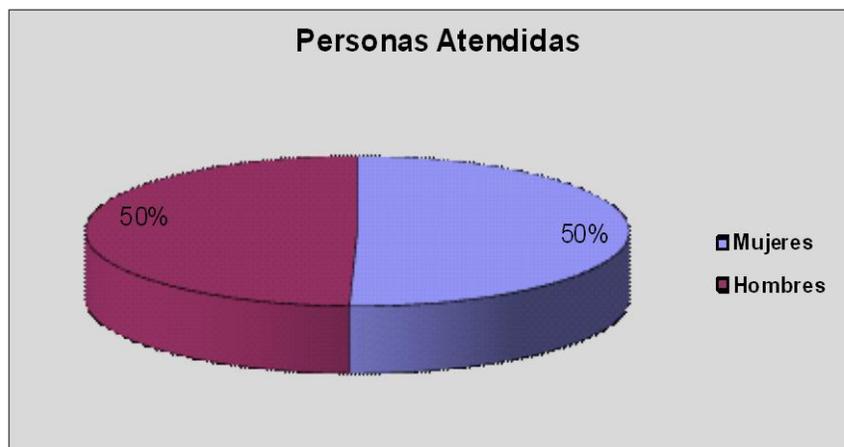
En cuanto a los resultados obtenidos en el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI se puede observar el cumplimiento de los

objetivos tanto generales como específicos de manera satisfactoria, ya que para la atención que se brinda en el ADEVI es importante conocer el manejo del proceso de duelo y estrés post-traumático, así como las consecuencias que trae para las personas que están viviendo estos procesos debido a que fueron víctimas directas o indirectas de algún delito violento (como homicidio, suicidio, robo, secuestro, privación ilegal de la libertad, amenazas, lesiones, etc).

Durante el periodo del 1 de Enero al 31 de Noviembre de 2007 en el ADEVI se atendieron a 1407 personas, las cuales acudieron a solicitar atención psicoterapéutica, en algunos casos por petición del Ministerio Público al haber realizado una Averiguación Previa, en ocasiones la atención es requerida de forma inmediata y no para agendar cita ya el Presunto Responsable está detenido, así mismo cuando son peticiones de derechos humanos la atención se da inmediata con él psicólogo que este de guardia, en otros casos se agenda cita para que la terapia ya que solo se cuenta con 11 psicólogos que son muy pocos para la demanda de atención, en otros casos las personas que llegan es porque algún familiar o conocido les comento que en el centro se brindaba atención por la pérdida de algún familiar o por algún delito, en este caso si la persona así lo desea también se le brinda el apoyo y asesoría legal.

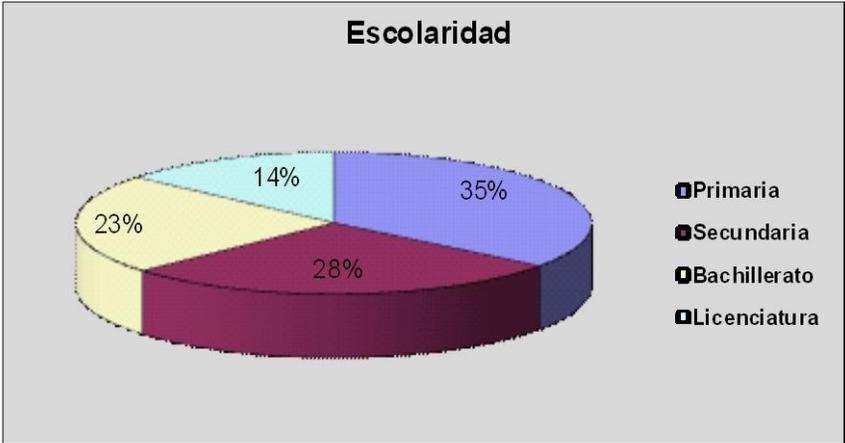
Durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Noviembre de 2007 se atendieron 1407 personas las cuales fueron 710 mujeres y 697 hombres.

Gráfica 3. Personas Atendidas en el ADEVI por tipo de Género



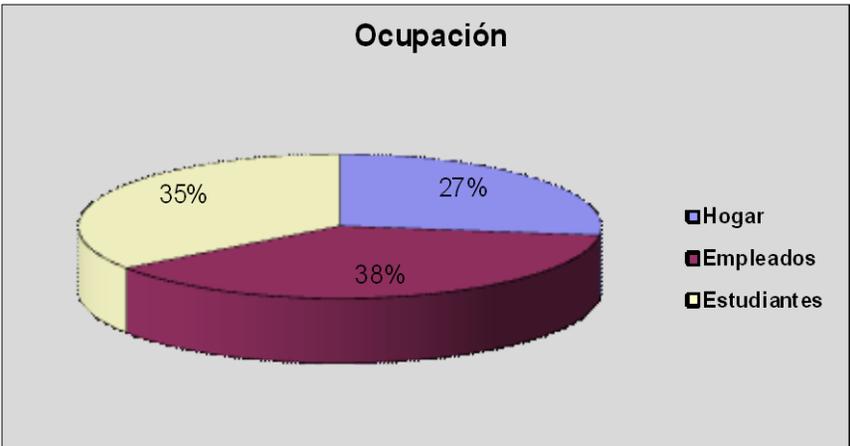
La **ESCOLARIDAD** de las personas que acudieron al ADEVI a solicitar atención especializada en el proceso de duelo fueron: nivel primaria 204, secundaria 161, bachillerato técnico 132, licenciatura 80.

Gráfica 4. Escolaridad de las personas que acudieron al ADEVI



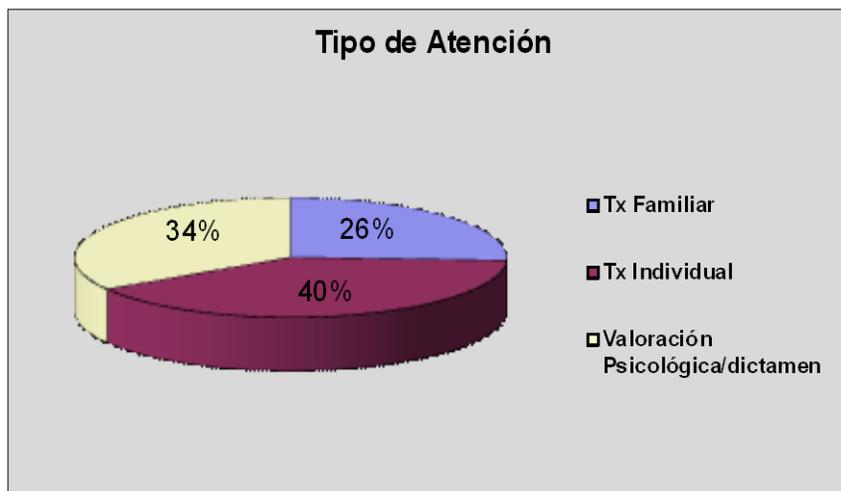
Así mismo la **OCUPACIÓN** de estas personas fue: hogar 156, empleados 219, estudiantes 201.

Gráfica 5. Ocupación de las personas que acudieron al ADEVI



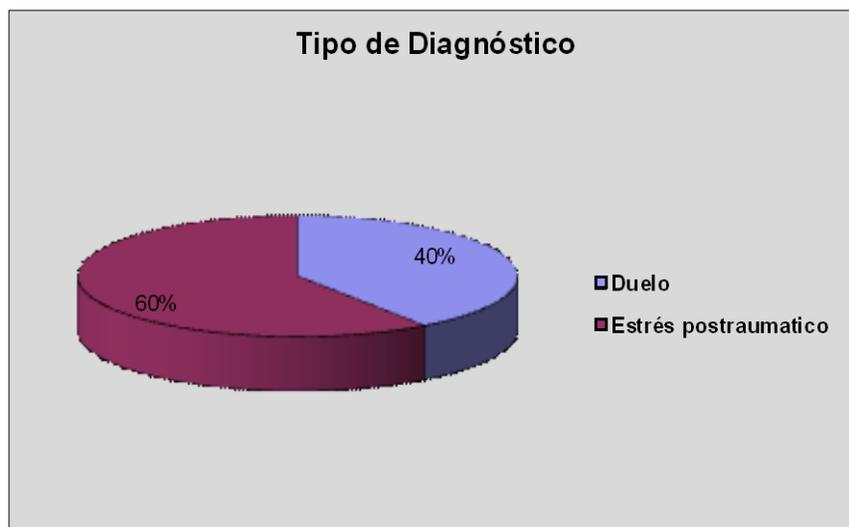
De estas 1407 personas que acudieron durante este periodo se brindo terapia familiar a 363 personas, terapia individual a 566 personas, valoración o dictamen psicológico a 477 personas.

Gráfica 6. Tipo de Atención que se brinda en el ADEVI



Así mismo de las 1407 personas que acudieron durante este periodo se atendieron a 841 personas con el diagnóstico de Estrés postraumático y a 566 personas por proceso de Duelo, las cuales se encuentran actualmente en un proceso psicoterapéutico, con citas cada 15 días en promedio.

Gráfica 7. Tipo de Diagnóstico que se atiende en el ADEVI



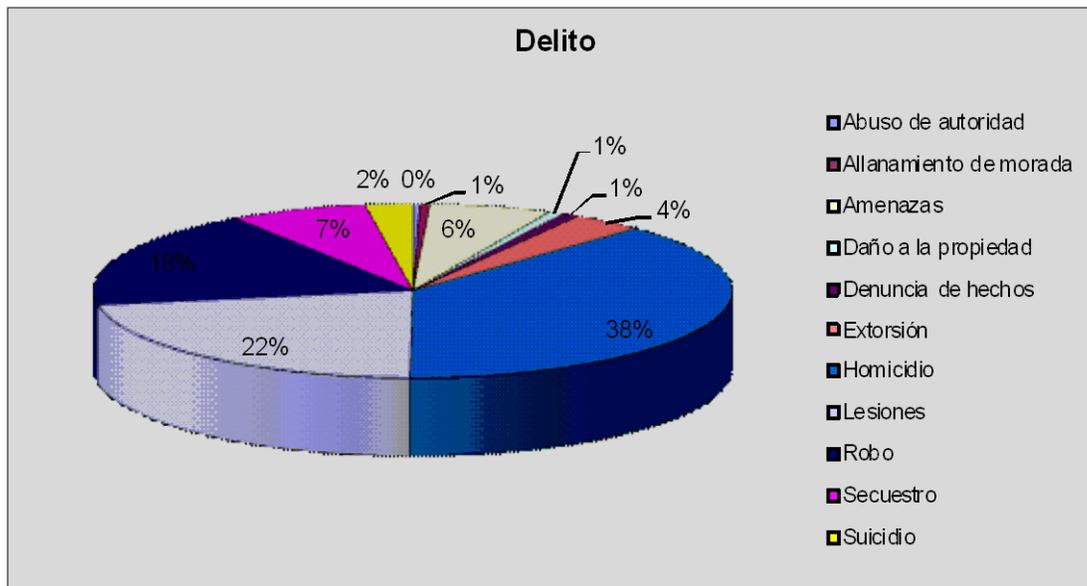
Cuando existe una deserción dentro del proceso se hace la reconquista vía telefónica para saber cuál es el motivo por el cual están dejando de acudir a sus citas, proporcionándoles una nueva cita para que en caso de que ya no deseen acudir se haga el cierre terapéutico.

De igual forma cuando se es requerido los psicólogo realiza un acompañamiento a las personas que se encuentran en proceso terapéutico en los juzgados para que se lleven a cabo las diligencias, esto se hace en compañía de los abogados que llevan el caso, así mismo los peritos acuden a los juzgados para ratificar la veracidad de la valoración o dictamen psicológico esto como una forma de prueba a favor de las víctimas que acuden al centro...

En cuanto a los delitos atendidos durante este periodo de tiempo se muestran en la siguiente tabla:

Delito	
Abuso de autoridad	5
Allanamiento de morada	7
Amenazas	87
Daño a la propiedad	11
Denuncia de hechos	12
Extorsión	51
Homicidio	532
Lesiones	312
Robo	257
Secuestro	98
Suicidio	34

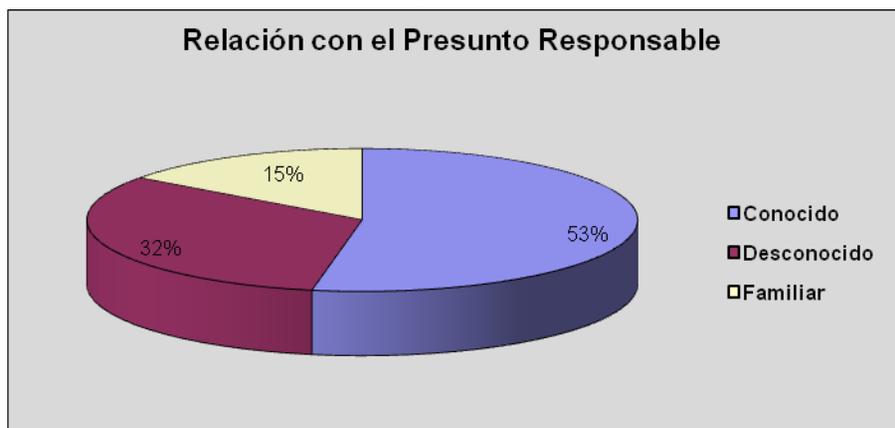
Gráfica 8. Tipo de Delitos que se atienden en el ADEVI



Los delitos atendidos por los cuales llegan las personas al ADEVI son en mayor frecuencia por Homicidio y Lesiones, de igual forma se puede ver que los delitos que menos se denuncian son el abuso de autoridad y el allanamiento de morada.

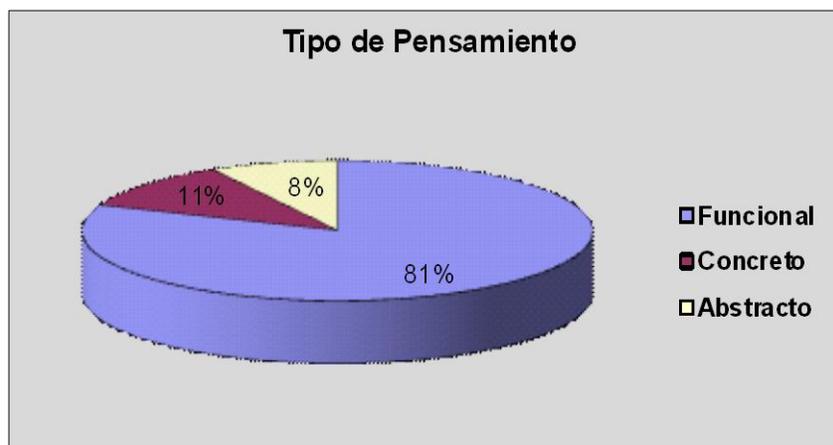
Con respecto a la **RELACIÓN CON EL PRESUNTO RESPONSABLE** se obtuvieron los siguientes datos: Conocido 435, Desconocido 264, un Familiar está con 123.

Gráfica 9. Relación con el Presunto Responsable



El tipo de pensamiento presentado por las personas que acuden al centro después de un hecho traumático son: 665 personas con pensamiento **FUNCIONAL**, pensamiento **CONCRETO** 90 persona, pensamiento **ABSTRACTO** 67 personas, esto tanto en mujeres como en hombres.

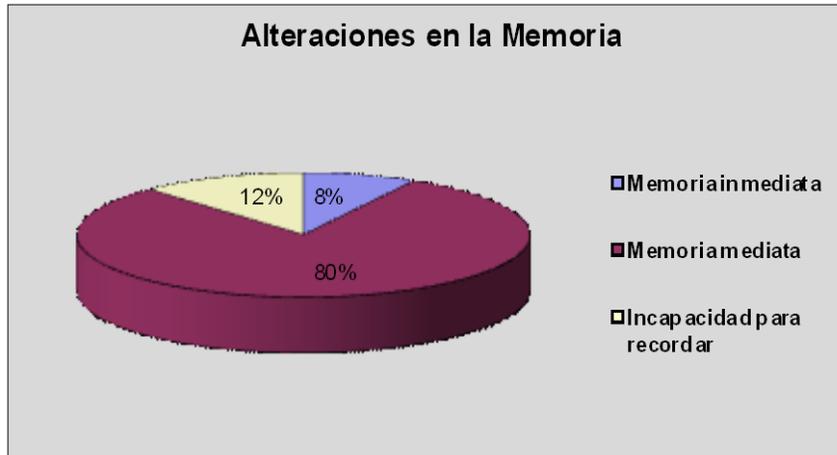
Gráfica 10. Tipo de Pensamiento



Las víctimas con estrés postraumático, generalmente presentan alteraciones en sus funciones cognitivas. El acontecimiento traumático puede ser re experimentado con recuerdos recurrentes e invasores, pensamiento circular, su atención y concentración disminuye y en ocasiones es dispersa o fija en el evento por el cual paso.

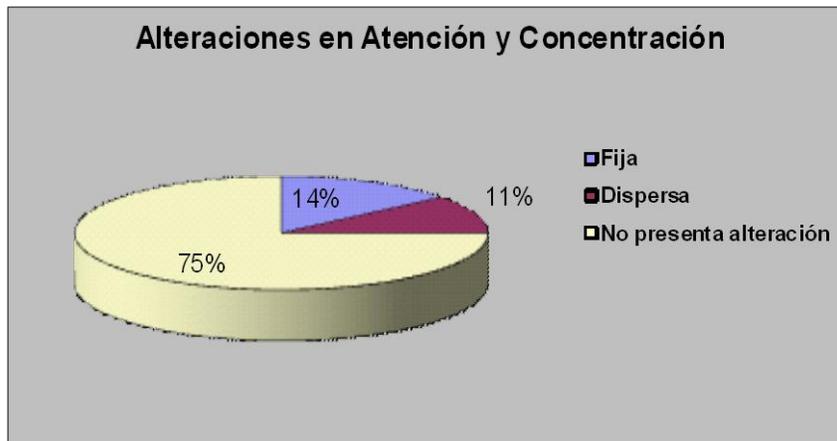
En **ALTERACIONES DE LA MEMORIA** se encuentra como más afectada la memoria mediata siendo 657 personas, la memoria inmediata 67 personas, también se observa la incapacidad para recordar eventos traumáticos 98 personas.

Gráfica 11. Alteraciones en la Memoria



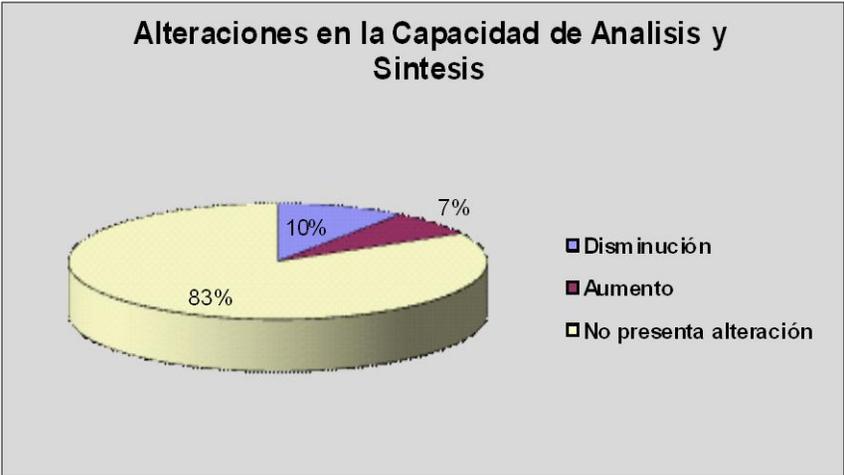
En cuanto a la **ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN**, 616 personas no presentaron alteración, 116 personas presentaron alteración en cuanto a la atención fija y 90 en la atención dispersa.

Gráfica 12. Alteraciones en Atención y Concentración



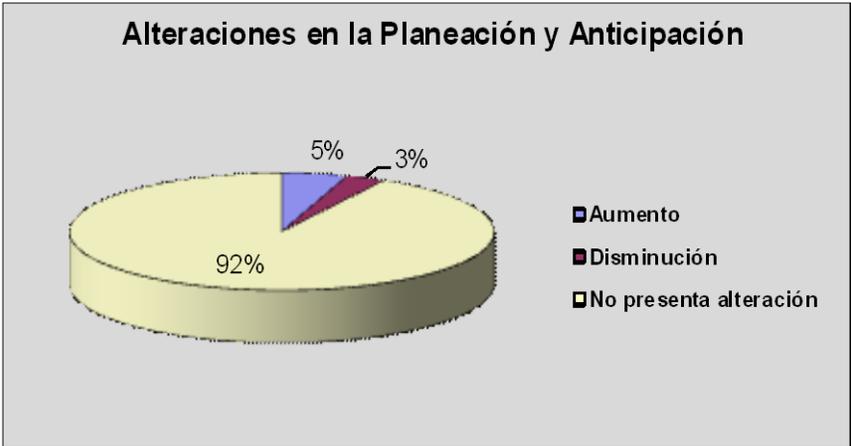
Con relación a la **CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS** se observa que 682 personas no presentaron alteración, 82 personas tuvieron una disminución, 58 personas un aumento en esta capacidad.

Gráfica 13. Alteraciones en la Capacidad de Análisis y Síntesis



En la capacidad de **PLANEACIÓN Y ANTICIPACIÓN**, 756 personas no mostraron alteración, 41 personas presentaron un aumento y 25 personas una disminución con respecto a esta capacidad.

Gráfica 14. Alteraciones en la Planeación y Anticipación



Con respecto a las **ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO**, la **SENSACIÓN DE INSEGURIDAD Y PREOCUPACIÓN** se presentó en 649 personas, también podemos observar que la **SENSACIÓN DE REVIVIR LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA** sólo se presentó en 173 personas.

Gráfica 15. Alteraciones en el Contenido del Pensamiento



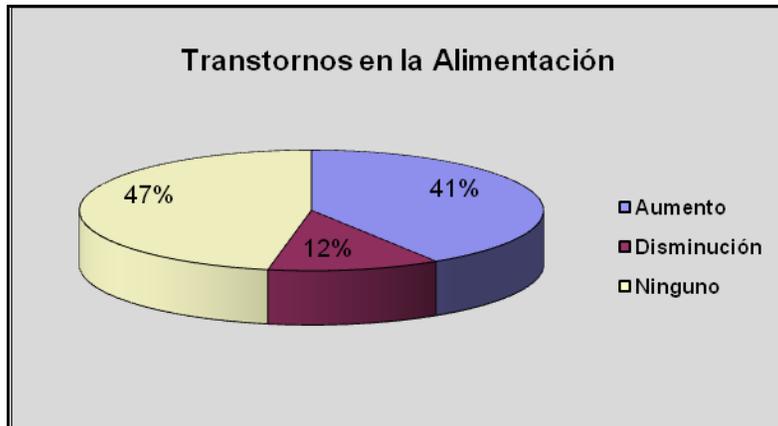
EN ALTERACIONES EN EL SUEÑO, el insomnio es el que se presentó con mayor frecuencia en 370 personas, así mismo vemos que el **SOBRESALTO** se presentó en 254 personas y 198 personas presentaron **PESADILLAS**, con lo que se puede deducir que las personas que sufren estrés postraumático permanecen en un estado continuo de alerta que incide en la capacidad para conciliar el sueño o en alarmarse exageradamente ante el menor ruido.

Gráfica 16. Alteraciones en el Sueño



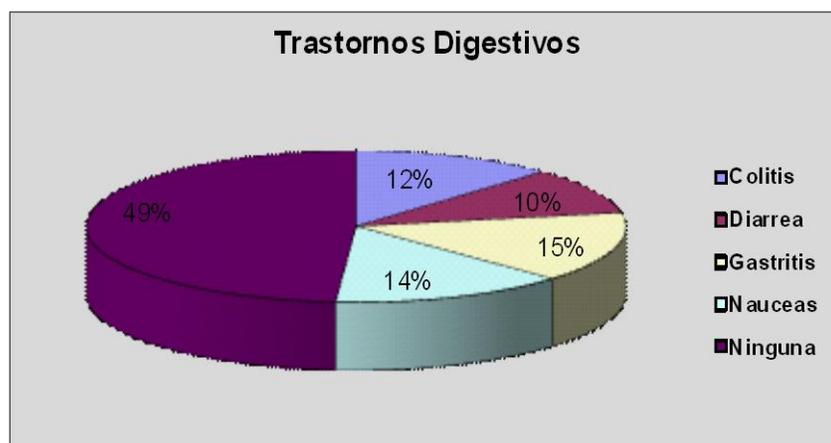
En relación a los **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN** se encontró que en 100 personas hubo una **DISMINUCIÓN DEL APETITO**, en 386 un **AUMENTO DE APETITO** y en 336 no hubo alteración.

Gráfica 17. Trastornos en la Alimentación



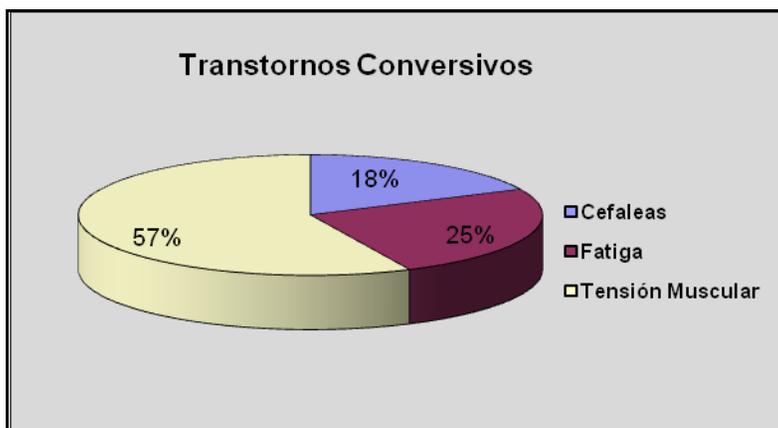
En **TRASTORNOS DIGESTIVOS** las **NÁUSEAS** se presentaron en 116 personas, **DIARREA** en 82 personas, **COLITIS** 100 personas, **GASTRITIS** 123 personas, ninguna alteración digestiva en 401 personas

Gráfica 18. Trastornos Digestivos



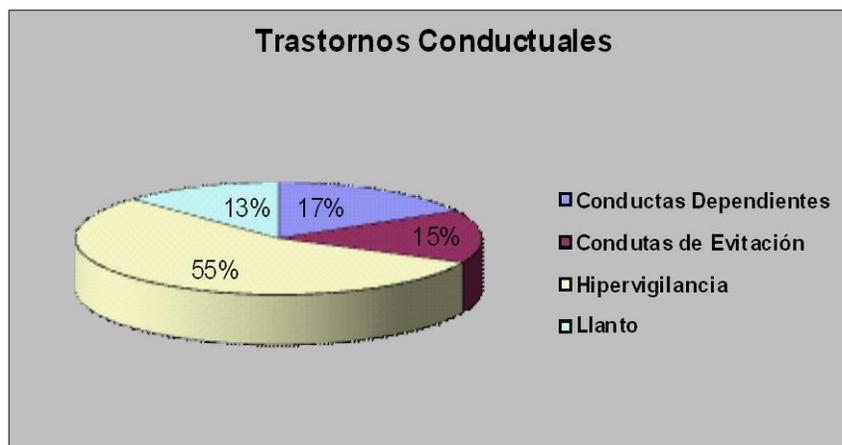
LOS **TRASTORNOS CONVERSIVOS** que se presentaron mayormente fueron la **TENSIÓN MUSCULAR** 468 personas, **FATIGA** en 206 personas, así mismo las **CEFALEAS** 148 personas.

Gráfica 19. Trastornos Conversivos



Entre los trastornos conductuales observados en víctimas de delito violento se presentó con mayor frecuencia la **HIPERVIGILANCIA** en 453 personas, **CONDUCTAS DE EVITACIÓN** se presentó en 125 personas, **LLANTO** en 105 personas, **CONDUCTAS DEPENDIENTES** en 139 personas.

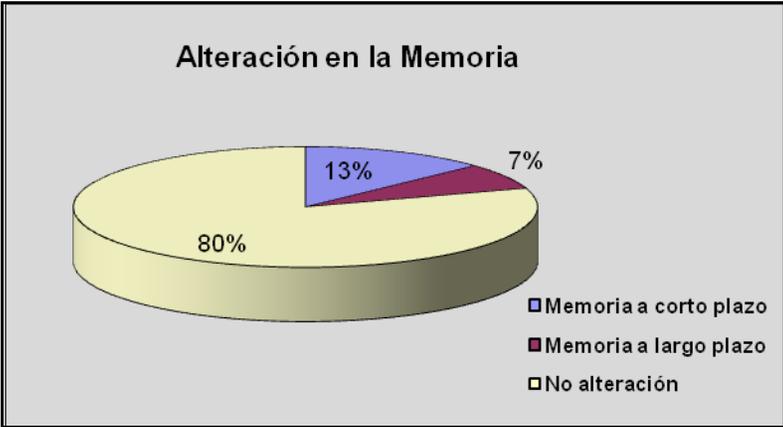
Gráfica 20. Trastornos Conductuales



Como anteriormente se mencionó el proceso de duelo trae consigo síntomas y alteraciones como son: funciones cognitivas que pueden verse alteradas a raíz de

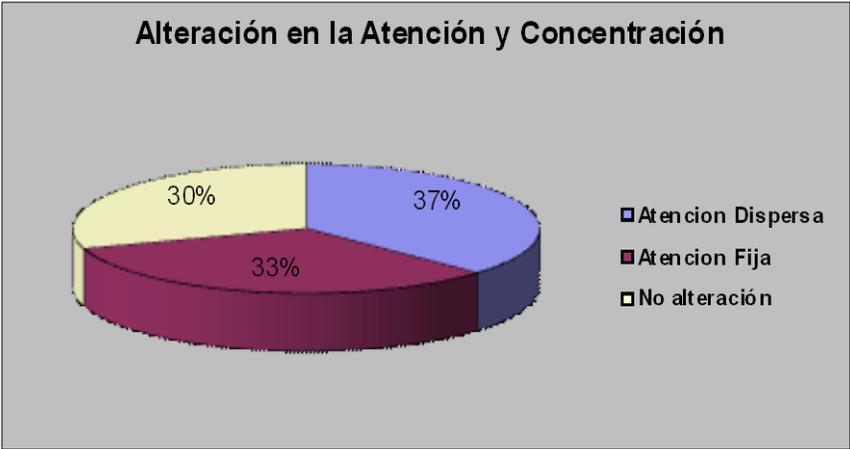
un evento violento, se encontró que 460 personas no mostraron alteración, 40 personas mostraron disminución en la memoria a largo plazo, 76 personas tuvieron una disminución en la memoria a corto plazo.

Gráfica 21. Alteraciones en la Memoria



En cuanto a la atención y concentración se encontró que 190 personas sufrieron mostraron atención fija, 213 personas atención dispersa y 173 no mostraron alteración.

Gráfica 22. Alteraciones en la Atención Y Concentración



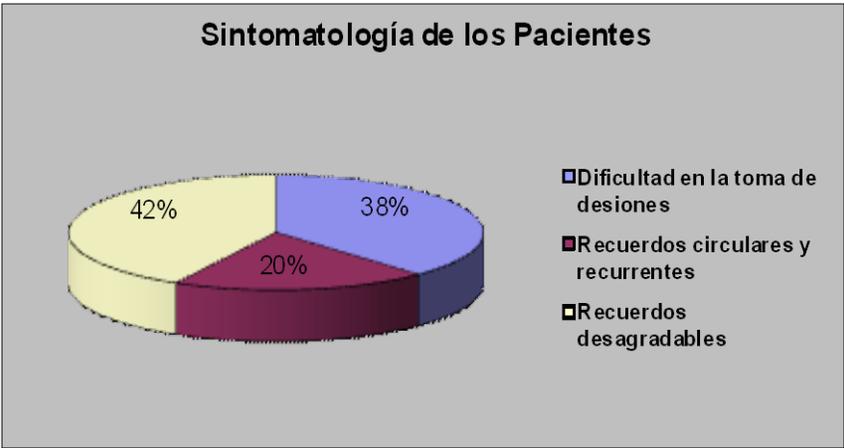
En la capacidad de análisis y síntesis se encontró que a raíz del proceso de duelo por un evento violento, 76 personas presentaron una disminución, 40 persona un aumento en esta función y 460 no presentaron alteración.

Gráfica 23. Alteración en la Capacidad de Análisis y Síntesis



Considerando la naturaleza de los casos que atiende el ADEVI, en donde la muerte del familiar se da por un evento violento o traumático, 242 personas mostraron recuerdos desagradables, 219 personas dificultad para tomar decisiones, 115 mostraron recuerdos circulares y recurrentes.

Gráfica 24. Sintomatología de los Pacientes



Así mismo se tomo en cuenta la **aceptación de la pérdida** por el evento violento en donde se pudo ver que 219 personas mostraron aceptación de la pérdida y 357 no mostraron una aceptación.

Gráfica 25. Aceptación de la Pérdida



Este perfil psicológico nos muestra que el delito violento tiene un impacto cognitivo importante en la víctima, creando un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido.

Los resultados obtenidos dentro del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI en cuanto a los delitos que más son denunciados y por los que acuden más personas por proceso de duelo o estrés postraumático, el homicidio junto con la lesiones son los más atendidos, mientras que el abuso de autoridad y allanamiento de morada son los menos atendidos.

Durante el tiempo que llevó laborando en el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI he puesto en práctica los conocimientos obtenidos a nivel teórico, aplicándolos durante las terapias a nivel individual y familiar, así como en las valoraciones psicológicas realizadas.

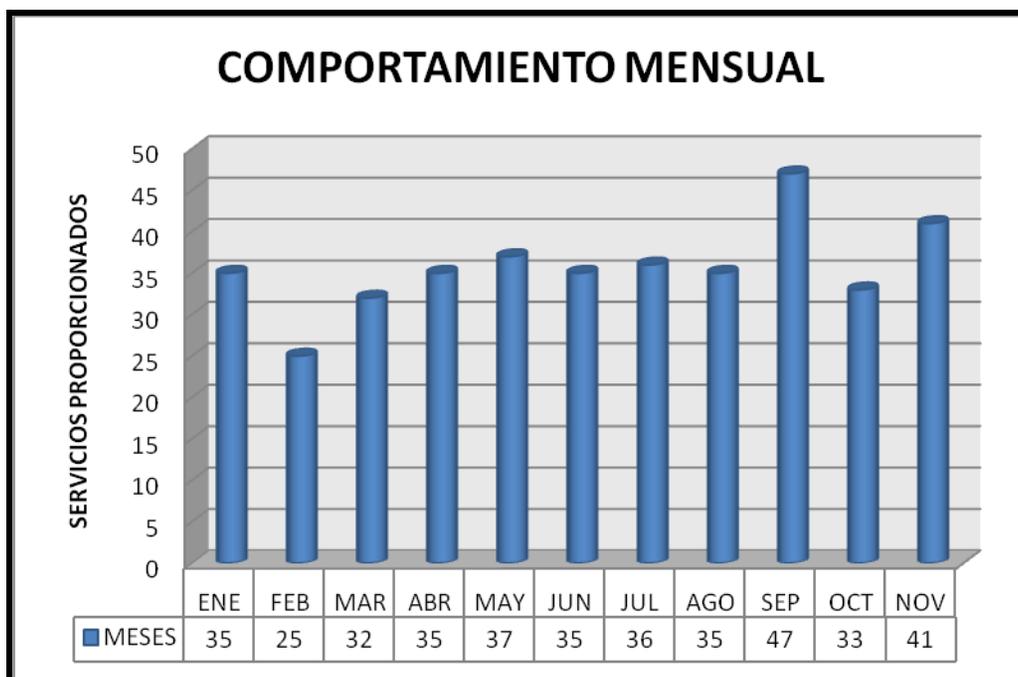
De igual forma aplique los conocimientos obtenidos en cuanto a la aplicación y calificación de pruebas proyectivas y escalas (Machover, Lüscher, Bender, H T P, Zung, Test de la Familia).

El trabajo que se realiza en el ADEVI y la atención a nivel psicológico brindada en intervenciones en crisis, duelo y estrés postraumático ayudan al mejoramiento de las condiciones de salud mental y a que puedan llevar una mejor calidad de vida las personas que reciben dicha atención.

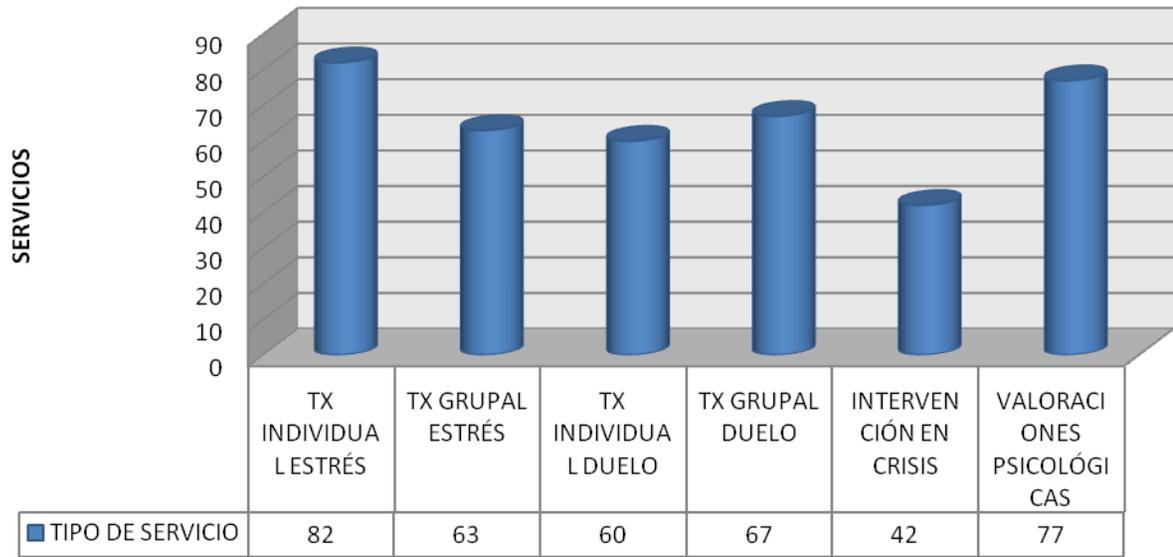
ACTIVIDADES REALIZADAS DE ENERO A NOVIEMBRE DE 2007

Las actividades que realice en el Centro de Apoyo Sociojuridico a Víctimas del Delito Violento ADEVI en el periodo del 1 de Enero al 31 de Noviembre son las siguientes:

TIPO DE SERVICIO	AÑO 2007											TOTAL
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	
TX INDIVIDUAL ESTRÉS	9	5	6	11	7	9	7	5	12	6	5	82
TX GRUPAL ESTRÉS	4	5	4	6	6	5	7	9	5	4	8	63
TX INDIVIDUAL DUELO	6	4	5	6	3	5	5	3	8	6	9	60
TX GRUPAL DUELO	7	5	6	4	5	3	6	7	9	8	7	67
INTERVENCIÓN EN CRISIS	3	2	4	3	5	7	2	4	8	2	2	42
VALORACIONES PSICOLÓGICAS	6	4	7	5	11	6	9	7	5	7	10	77
TOTAL	35	25	32	35	37	35	36	35	47	33	41	391



TIPO DE SERVICIO



CONCLUSIONES

Durante el tiempo que llevo laborando en el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI he podido cumplir con las expectativas que me forme en la carrera de psicología cooperando con la comunidad en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud mental, proporcionando en conjunto con el personal del ADEVI (psicólogos, peritos, trabajadoras sociales, abogados) atención a los usuarios que acuden ya sea por petición del Ministerio Público o por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, para recibir atención psicológica, así como asesoría legal.

El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI ha contribuido a mi formación profesional desarrollando un sentido de solidaridad social todo esto permitiéndome la participación y el contacto con los usuarios a través de las entrevistas, la aplicación de pruebas proyectivas y valoraciones psicológicas.

Poder observar las diversas formas de abordaje terapéutico y el trabajo en cuanto al proceso de duelo y estrés postraumático, la intervención en crisis y el conocimiento de los perfiles psicológicos realizados por el ADEVI me han permitido un mejor trabajo con los usuarios, tratarlos de forma más directa y empática, pudiendo obtener la información para realizar los objetivos y metas terapéuticas así como la realización de valoraciones y dictámenes.

El servicio a nivel psicológico proporcionado por el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI es de ayuda para el mejoramiento de la salud mental y la calidad de vida, así mismo la prevención de conductas de autoagresión, como es el caso de las personas que llegan con ideación suicida o que posterior a un evento traumático manifiestan un gran temor para poder

continuar con su vida cotidiana, de igual forma el acompañamiento a los usuarios dentro de las audiencias, proporcionándoles atención psicológica antes y después de rendir su declaración, ya que en ocasiones los usuarios tienen que llevar a cabo una declaración y ver al presunto responsable les provoca un estrés o una crisis, por lo que la ayuda del psicólogo mejora su estado emocional y le permite rendir su declaración de forma clara.

En el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI se proporciona atención de manera integral a las víctimas de delitos violentos como homicidio, lesiones, privación ilegal de la libertad, secuestro, suicidio, amenazas, denuncia de hechos.

El trabajo multidisciplinario es importante ya que las tres áreas trabajan en conjunto para poder dar un mejor servicio a los usuarios por lo que en el área de Trabajo Social se detecta, orienta e informa a todas las víctimas, además de proporcionar traslados así como servicios funerarios cuando son requeridos por los usuarios del centro. En el área Jurídica se proporciona la asesoría y seguimiento jurídico sobre los derechos y alternativas legales; así mismo apoyan en acciones y diligencias jurídicas a favor de las víctimas ante las unidades investigadoras del Ministerio Público y juzgados penales y de paz penal, con el fin de que se aporten elementos de prueba para la acreditación del daño material y moral. En el área médica se da atención de urgencia y canaliza a hospitales públicos para una atención especializada. En el área de Psicología se proporciona apoyo psicoterapéutico, terapia de duelo, manejo de estrés postraumático, atención en crisis. De igual forma se realizan dictámenes psicológicos para la acreditación del daño moral a través de los peritos en psicología.

El tener contacto y poder proporcionar atención a una población como la que atiende el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI me permitió darme cuenta que en la sociedad tanto hombres como mujeres están vulnerables a ser víctimas de ellos, así como también no distingue entre el nivel

socioeconómico y la edad, por lo que hay que tener una cultura de prevención y denuncia de los hechos y delitos de los que se es víctima.

La importancia de la Psicología en el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI se puede ver en que la mayoría de los usuarios terminan el tratamiento psicoterapéutico, restableciendo el equilibrio dentro de la familia y a nivel individual apoyándose de sus redes sociales y principalmente de sus recursos personales.

El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI ayuda a la sociedad en el mejoramiento de la salud mental y la calidad de vida de la población que acude para recibir ayuda, el restablecimiento del equilibrio emocional les permite continuar con sus actividades y vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

- *Portuondo, A.1992 Test de la figura humana. México: Colofón
- *Lüscher, M. 1997Test de los colores. México :Paidós
- * Buck ,J. 1997 H T P. Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo. México: Manual moderno
- * Slaikeu , K. 2002 Intervención en Crisis México: Manual Moderno
- * Fayne , E. 2000 Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual Moderno
- * Bowlby, J. 1998 La pérdida afectiva. México: Paidós
- * Kübler Ross, E. 2000 La muerte y los moribundos México: Grijalbo
- * Minuchin, S. 1999 Familias y Terapia Familiar México: I Paidós
- * Machiori, H. 2002 Criminología “la víctima del delito México :Porrúa
- *López, J., Valdés, M. 2002 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Barcelona. Masson
- *Perls, F. 1973 El enfoque gestáltico y Testimonios de terapia: Cuatro Vientos

3. ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AGRESIÓN ACTIVA | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO |
| <input type="checkbox"/> AGRESIÓN PASIVA | <input type="checkbox"/> HIPERACTIVIDAD |
| <input type="checkbox"/> AISLAMIENTO | <input type="checkbox"/> HIPOACTIVIDAD |
| <input type="checkbox"/> AUTOAGRESIÓN | <input type="checkbox"/> INHIBICIÓN |
| <input type="checkbox"/> BAJO CONTROL DE IMPULSOS | <input type="checkbox"/> LLANTO |
| <input type="checkbox"/> CONDUCTAS DEPENDIENTES | <input type="checkbox"/> MUTISMO |
| <input type="checkbox"/> CONDUCTAS REPETITIVAS | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE LA AUTONOMÍA |
| <input type="checkbox"/> DELEGAR RESPONSABILIDAD | <input type="checkbox"/> SUMISIÓN |
| <input type="checkbox"/> DESINTERÉS EN ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS | <input type="checkbox"/> VERBORREA |
| <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN DE LA ASERTIVIDAD | |

ALTERACIÓN DE LA SEXUALIDAD: ()
ESPECIFICAR:

ADICIONES: INICIO INCREMENTO
 TABACO ALCOHOL DROGAS FÁRMACOS FRECUENCIA:

ESPECIFICAR:
OTRO:

ALTERACIÓN AFECTIVAS:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANGUSTIA | <input type="checkbox"/> INSEGURIDAD | <input type="checkbox"/> SOLEDAD |
| <input type="checkbox"/> ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> IRA | <input type="checkbox"/> TRISTEZA |
| <input type="checkbox"/> CONMOCIÓN | <input type="checkbox"/> IRRITABILIDAD | <input type="checkbox"/> MIEDO: |
| <input type="checkbox"/> DESAMPARO | <input type="checkbox"/> LABILIDAD AFECTIVA | |
| <input type="checkbox"/> DESESPERANZA | <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN DEL AFECTO | <input type="checkbox"/> A MORIR |
| <input type="checkbox"/> DEVALUACIÓN | <input type="checkbox"/> MELANCOLÍA | <input type="checkbox"/> A LO QUE ACONTECE |
| <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN DE LA | <input type="checkbox"/> NEGACIÓN | <input type="checkbox"/> DESPUÉS DE LA |
| <input type="checkbox"/> CAPACIDAD PARA EL PLACER | <input type="checkbox"/> RESENTIMIENTO | <input type="checkbox"/> MUERTE |
| <input type="checkbox"/> INCOMPRESIÓN | <input type="checkbox"/> SENTIMIENTO DE CULPA | <input type="checkbox"/> A LOS MUERTOS |
| <input type="checkbox"/> INHIBICIÓN | <input type="checkbox"/> SENTIMIENTO DE INUTILIDAD | |

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN: ALTA BAJA
 DESPLAZAMIENTO DE SENTIMIENTOS

¿CUÁLES?:

¿HACIA QUIÉNES?:

IV. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

OBSERVACIONES:

ANEXO 3



**CENTRO DE APOYO SOCIOJURIDICO A
VICTIMAS DE DELITO VIOLENTO
VALORACION PSICOLOGICA
RELACIONADA AL ESTRES POSTRAUMATICO**



AV. PREVIA:

No. DE ADEVI:

FECHA: / /
DIA MES AÑO

PERITO VICTIMAL O PSICOTERAPEUTA:

No. DE FOLIO PSICOLOGICO:

DATOS GENERALES

NOMBRE:
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

VICTIMA DIRECTA: ()
VICTIMA INDIRECTA: ()

GÉNERO: () MASCULINO () FEMEA EDAD: AÑOS

() TIPO DE DELITO ESPECIFICAR:

FECHA DE COMISIÓN DEL DELITO:

() RELACIÓN DEL P.R. CON RESPECTO A LA VÍCTIMA ESPECIFICAR:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

TIPO DE PENSAMIENTO:
() FUNCIONAL () CONCRETO () ABSTRACTO OTRO:

TRASTORNOS RELACIONADOS AL ESTRES POSTRAUMATICO

1.- FUNCIONES COGNOSCITIVAS ALTERADAS

MEMORIA	DURACIÓN DEL SÍNTOMA	ESPECIFICAR
() MEDIATA	.....	.....
() INMEDIATA	.....	.....
() INCAPACIDAD PARA RECORDAR EVENTOS DEL TRAUMA	.....	.....
ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN		
() DISPERSA	.....	.....
() FIJA	.....	.....
CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS		
() AUMENTO	.....	.....
() DISMINUCIÓN	.....	.....
PLANEACIÓN Y ANTICIPACIÓN		
() AUMENTO	.....	.....
() DISMINUCIÓN	.....	.....
ALTERACIÓN EN EL PENSAMIENTO		
() CIRCULAR Y RECURRENTE	.....	.....
() DISPERSO	.....	.....
() INCOHERENTE	.....	.....
() INCONGRUENTE	.....	.....
() MÁGICO	.....	.....
ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO		
() RECUERDOS DESAGRADABLES	() RECURRENTES E INVASORES	() CON RELACIÓN AL EVENTO
ESPECIFICAR:		
() SENSACIÓN DE REVIVIR LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA		
¿CUÁNDO?		
() SENSACIÓN DE ACORTAMIENTO DEL FUTURO	() PÉRDIDA DE CREENCIAS ANTERIORES	
() SENSACIÓN DE PERJUICIO CONSTANTE	() ESTADO DISOCIATIVO	
() SENSACIÓN DE INSEGURIDAD/PREOCUPACIÓN Y/O INTRANQUILIDAD:		

2.- FUNCIONES SOMÁTICAS

ALTERACIONES DEL DORMIR	DURACIÓN DEL SÍNTOMA	ESPECIFICAR
() BRUXISMO
() HIPERSOMNIA
() INSOMNIO
() NOCTILALIA
() PESADILLAS
() SOBRESALTO
() SONAMBULISMO
() TERRORES NOCTURNOS
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN		
() ANOREXIA
() AUMENTO DE APETITO
() BULIMIA
() DISMINUCIÓN DE APETITO
TRASTORNOS DIGESTIVOS		
() COLITIS
() DIARREAS
() GASTRITIS
() NÁUSEAS
() ÚLCERAS
() VÓMITO

TRASTORNOS CONVERSIVOS	DURACIÓN DEL SÍNTOMA	ESPECIFICAR
<input type="checkbox"/> CEFALEAS
<input type="checkbox"/> DERMATITIS
<input type="checkbox"/> DESMAYOS
<input type="checkbox"/> DISNEA
<input type="checkbox"/> FATIGA
<input type="checkbox"/> PARÁLISIS
<input type="checkbox"/> SENSACIÓN DE OPRESIÓN
<input type="checkbox"/> SUDACIÓN
<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA
<input type="checkbox"/> TEMBLOR
<input type="checkbox"/> TENSIÓN MUSCULAR
<input type="checkbox"/> VACÍO EN EL ABDOMEN
3.- ALTERACIONES DE LA CONDUCTA	DURACIÓN DEL SÍNTOMA	ESPECIFICAR
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN ACTIVA
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN PASIVA
<input type="checkbox"/> AISLAMIENTO
<input type="checkbox"/> BAJO CONTROL DE IMPULSOS
<input type="checkbox"/> COMPORTAMIENTO IMPULSIVO
<input type="checkbox"/> CONDUCTAS DE EVITACIÓN
<input type="checkbox"/> CONDUCTAS DEPENDIENTES
<input type="checkbox"/> CONDUCTAS REPETITIVAS
<input type="checkbox"/> CONDUCTAS SOBREPOTECTORAS
<input type="checkbox"/> DESINTERÉS EN ACT. SIGNIFICATIVAS
<input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN DE LA ASERTIVIDAD
<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO
<input type="checkbox"/> HIPERACTIVIDAD
<input type="checkbox"/> HIPERVIGILANCIA
<input type="checkbox"/> HIPOACTIVIDAD
<input type="checkbox"/> LLANTO
<input type="checkbox"/> MUTISMO
<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE AUTONOMÍA
<input type="checkbox"/> SUMISIÓN
<input type="checkbox"/> VERBORREA
4.- ALTERACIONES AFECTIVAS	DURACIÓN DEL SÍNTOMA	ESPECIFICAR
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN
<input type="checkbox"/> ANGUSTIA
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD
<input type="checkbox"/> AUTO AGRESIÓN
<input type="checkbox"/> CULPA
<input type="checkbox"/> DESAMPARO
<input type="checkbox"/> DESESPERACIÓN
<input type="checkbox"/> DESESPERANZA
<input type="checkbox"/> DEVALUACIÓN
<input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA EL PLACER
<input type="checkbox"/> HUMILLACIÓN
<input type="checkbox"/> INCOMPRESIÓN
<input type="checkbox"/> INHIBICIÓN
<input type="checkbox"/> IRA
<input type="checkbox"/> IRRITABILIDAD
<input type="checkbox"/> LIMITACIÓN DEL AFECTO
<input type="checkbox"/> MIEDO GRAVE E INMINENTE
<input type="checkbox"/> NEGACIÓN DEL AFECTO
<input type="checkbox"/> RESENTIMIENTO
<input type="checkbox"/> SENSACIÓN DE IMPOTENCIA
<input type="checkbox"/> SENTIMIENTO DE INUTILIDAD
<input type="checkbox"/> TEMOR
<input type="checkbox"/> TRISTEZA
<input type="checkbox"/> VERGÜENZA
IMPACTO PSICOSOCIAL DEL DELITO		
FAMILIAR	SOCIAL	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/> AISLAMIENTO SOCIAL	
<input type="checkbox"/> CONDUCT. DEPENDIENTES Y/O SOBREPOTECTORAS	<input type="checkbox"/> DESERCIÓN LABORAL Y/O ESCOLAR	
<input type="checkbox"/> CONFLICTOS FAMILIARES	<input type="checkbox"/> DESINTERÉS EN ACT. SIGNIFICATIVAS Y/O DE ESPARCIMIENTO	
<input type="checkbox"/> DESESTRUCTURACIÓN DEL VÍNCULO FAMILIAR	<input type="checkbox"/> DETERIORO DE LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS	
<input type="checkbox"/> HIPERVIGILANCIA Y/O EVITACIÓN	<input type="checkbox"/> DETERIORO DEL DESEMPEÑO ESCOLAR	
<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES FAMILIARES	<input type="checkbox"/> DETERIORO EN LA ACTIVIDAD LABORAL	
IMPACTO ECONÓMICO		
GASTOS		
<input type="checkbox"/> ASESORÍA LEGAL	<input type="checkbox"/> GENERADOS POR LAS DILIGENCIAS	
<input type="checkbox"/> DAÑO EN PROPIEDAD	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE FUENTES DE INGRESOS	
TÉCNICAS UTILIZADAS		
EL DÍA _____ SE APLICARON LAS TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA CLÍNICAS; ASÍ COMO EL TEST DE COLORES DE MAX LÜSCHER AL (A) C. _____		
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA		
CON BASE EN LA OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA CLÍNICAS, ASÍ COMO EN LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PSICOLÓGICA APLICADA SE CONCLUYE QUE EL/LA C. _____, A RAÍZ DEL EVENTO VIOLENTO Y HASTA EL DÍA DE LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA, PRESENTA _____ _____ _____		
CANALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> INTERNA <input type="checkbox"/> EXTERNA ESPECIFICAR: _____		
LA (EL) _____ ADSCRITO AL CENTRO DE APOYO SOCIOJURÍDICO A VÍCTIMAS DE DELITO VIOLENTO, ELABORÓ EL PRESENTE REPORTE PSICOLÓGICO A SU LEAL SABER Y ENTENDER		

ANEXO



**CENTRO DE APOYO SOCIOJURÍDICO
A VÍCTIMAS DE DELITO VIOLENTO**

EXPEDIENTE PSICOLÓGICO

EXPEDIENTE No. _____
FECHA DE INICIO: _____
PSICÓLOGO: _____
FECHA DE ALTA: _____
AVERIGUACIÓN. PREVIA: _____
SUPERVISOR CLÍNICO: _____

I. DATOS DEL USUARIO:

NOMBRE: _____ EDAD: _____

HOMBRE (S) A. PATERNO A. MATERNO

OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

VÍCTIMA DIRECTA () VÍCTIMA INDIRECTA () RELIGIÓN: _____

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FAMILIOGRAMA

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

IV. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

MODALIDAD TERAPÉUTICA: _____ N° DE SESIONES PROGRAMADAS: _____

N°	FECHA	INCIDENCIA	OBJETIVOS:	OBSERVACIONES:
1.	_____	()	_____	_____
2.	_____	()	_____	_____
3.	_____	()	_____	_____
4.	_____	()	_____	_____
5.	_____	()	_____	_____
6.	_____	()	_____	_____
7.	_____	()	_____	_____
8.	_____	()	_____	_____
9.	_____	()	_____	_____
10.	_____	()	_____	_____
11.	_____	()	_____	_____
12.	_____	()	_____	_____
13.	_____	()	_____	_____
14.	_____	()	_____	_____
15.	_____	()	_____	_____
16.	_____	()	_____	_____
17.	_____	()	_____	_____
18.	_____	()	_____	_____
19.	_____	()	_____	_____
20.	_____	()	_____	_____
21.	_____	()	_____	_____

V. REPORTE FINAL:

MOTIVO DE ALTA: _____

RESUMEN DEL CASO: _____



VI. PRINCIPALES ÁREAS DE CAMBIO

SENSIBILIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	()	REDUCCIÓN DE RIESGO	()
RECONOCIMIENTO Y EXPRESIÓN DE EMOCIONES	()	DISMINUCIÓN DE IRRITABILIDAD	()
MEJORA IMAGEN Y/O CONCEPTO DE SI MISMO	()	DISMINUCIÓN DE AUTOAGRESIÓN	()
INCREMENTO DE AUTOESTIMA	()	DISMINUCIÓN DE SOBREPOTECCIÓN	()
DISMINUCIÓN DE TEMOR E IDEAS IRRACIONALES	()	DISMINUCIÓN DE IDEAS SUICIDAS	()
DISMINUCIÓN DE INSEGURIDAD	()	MEJORAMIENTO EN LA COMUNICACIÓN	()
DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD Y/O ANGUSTIA	()	COMPRESIÓN DE SU PROBLEMÁTICA	()
DISMINUCIÓN DE DEPRESIÓN	()	REDEFINICIÓN DEL PROBLEMA	()
MEJORAMIENTO DE EMPATÍA	()	BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS	()
MANEJO DE AGRESIÓN	()	TOMA DE ACCIONES CONCRETAS	()
MANEJO DE DOLOR	()	PLANEACIÓN	()
MANEJO DE CULPAS	()	MOTIVACIÓN	()
MANEJO DE RESENTIMIENTOS	()	ACEPTACIÓN DE LA PÉRDIDA	()
MANEJO DE FANTASÍAS	()	RESTABLECIMIENTO DE EQUILIBRIO	()
ALIVIO DE SÍNTOMAS	()	FORTALECIMIENTO DE REDES DE APOYO	()
CONTROL DE IMPULSOS	()	REACTIVACIÓN DE LA CAPACIDAD	()
MEJORA SOCIALIZACIÓN	()	DE RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	()
INCREMENTO DE ASERTIVIDAD	()		

VII. SEGUIMIENTO:

SEGUIMIENTO: SÍ () NO ()

MOTIVO: _____

DERIVACIÓN Y/O CANALIZACIÓN: _____
 MOTIVO: _____

AUTORIZÓ DERIVACIÓN Y/O CANALIZACIÓN _____

EXPS/ADP