



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE CAPACITACIÓN EN INTERVENCIÓN EN
CRISIS PARA PERSONAL DE EMERGENCIA QUE ATIENDE
A VÍCTIMAS DE EXTORSIÓN Y SECUESTRO**

T E S I N A

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

**P R E S E N T A:
DANIEL ZUBILLAGA NIETO**

**DIRECTOR DE LA TESINA:
Damariz García Carranza**

SINODALES:

**MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
LIC. LETICIA MARÍA GUADALUPE BUSTOS DE LA TIJERA
MTRA. YOLANDA BERNAL ALVAREZ**



Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Noviembre, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos al Gran Espíritu, a la Madre Tierra, al Sol padre, a la UNAM. A la Facultad de Psicología, a mi Hermosa Madre y Padre, a todas las Familias, a mis seres queridos, vecinos, amigos y personas de la infancia con que tuve la oportunidad de crecer.

Dedicatorias

A toda la gente que se mantiene para seguir siendo buena, la pureza de su alma, la esencia de su espíritu y a mi Hermosa Madre que es un gran modelo a seguir y a los abuelos que me acompañan desde el cielo. Dedicado a la abuela Heriberta también a los 2 tíos güeros, al abuelo Rubén y la abuela María del Refugio.

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN EN INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA
PERSONAL DE EMERGENCIA QUE ATIENDEN A VÍCTIMAS DE EXTORSIÓN
Y SECUESTRO.

ÍNDICE.

CAPÍTULO 1. EXTORSIÓN Y SECUESTRO

1. Extorsión.	5
1.1. Tipos de extorsión.	8
1.1.1. Extorsión telefónica.	8
1.1.2. Secuestro virtual como forma de extorsión.	9
1.2. Secuestro.	10
1.2.1. Tipos de secuestro.	12
1.2.2. Nuevas modalidades de secuestro.	13
1.3. Efectos psicológicos de la extorsión y el secuestro.	16

CAPÍTULO 2. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

2. Definición de crisis.	21
2.1. Tipos de crisis.	23
2.2. Diferentes formas de estrés asociados a la crisis.	24
2.2.1. Estrés-postraumático.	28
2.3. Definición de intervención en crisis.	35
2.4. Modelos de intervención en crisis.	36
2.5. Tipos de intervención en crisis.	43
2.6. Fundamentos de la terapia cognitivo conductual.	51
2.7. Trastornos asociados a la crisis: ansiedad, depresión y estrés postraumático.	59

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

CONCLUSIÓN

ALCANCES Y LIMITACIONES

REFERENCIAS.

Resumen.

El propósito de este trabajo es presentar una propuesta de intervención para atacar las secuelas psicológicas que presentan las víctimas de extorsión telefónica y secuestro. El trabajo cuenta con modelos y técnicas de intervención en crisis que pueden ser aplicados para el tratamiento de este tipo de secuelas a través de llamadas por teléfono o videoconferencias en tiempo real por internet ya que representa una gran ventaja para una buena parte de la población afectada.

La propuesta se compone por una serie de acciones de capacitación orientadas a psicólogos o personal de emergencia para abordar una crisis emocional, por medio de distintos modelos de intervención en crisis como las técnicas de control de manejo de estrés.

Las personas deben recibir capacitación y orientación en primeros auxilios psicológicos a través de un taller antes de implementar el enfoque para realizar el método. Esto lo convierte en un método de respuesta especialmente relevante en contextos de escasos recursos (OMS, World Trauma y Visión Mundial, 2011).

Palabras clave: Intervención en crisis, modelos de intervención en crisis, terapia cognitivo conductual.

Introducción

Para hacer una intervención en el preciso momento en que se necesita y realizarla a distancia e implementar la intervención de los modelos en crisis para salvaguardar la vida de los afectados.

Capítulo 1.

Para muchas víctimas, los efectos que producen las llamadas de extorsión disminuyen o incluso desaparecen con el tiempo. Sin embargo, para otros las secuelas son a largo plazo, originan en el paciente algún trauma psicológico que en algunos casos permanece de por vida.

Y es que tras presentarse este tipo de actos delictivos, en muchas ocasiones el individuo se enfrenta ante situaciones conflictivas de diversa índole sin tener la capacidad de resolverlas con sus mecanismos habituales de solución de problemas. En este sentido, una intervención realizada por profesionales de la salud mental sería más idónea para restablecer el equilibrio del paciente.

Capítulo 2.

Uno de los modelos de la psicología que se pueden emplear son las denominadas *ciberterapias*, tratamientos que se ubican dentro de las terapias breves y que para muchas personas pueden representar la única posibilidad real de aproximación a una psicoterapia.

La *ciberterapia* es pues una alternativa de tratamiento vía internet que puede vencer los obstáculos de tiempo y distancia a un costo mínimo, pues propicia el ahorro en el tiempo de desplazamiento y gastos de transporte.

Al conocer la intensidad del impacto que un desastre puede causar en la vida de las personas, resulta importante la capacitación en intervención en crisis, ya que mientras la ayuda se brinde lo más inmediatamente posible a la sucesión del desastre, la translaboración de la crisis será más tangible para los damnificados

(Villalobos, 2009). La persona que realice la intervención debe tener presente las reacciones de estrés postraumático que pueden resultar después de que la víctima de llamada de extorsión, y sus personas significativas estuvieron expuestas a peligros intensos en los cuales estuvo tan cerca la muerte.

Se pretende lograr la atención psicológica para que el personal de emergencia atienda a un mayor número de personas en México y con esto contribuir a que adquieran las herramientas y habilidades necesarias para reducir significativamente los niveles de ansiedad y depresión. Con ello se mejoraría la capacidad de los pacientes para adaptarse al medio que los rodea y ayudar a conservar la salud mental de las víctimas y la calidad de vida en general, evitando posibles recaídas de su padecimiento.

Los trastornos de ansiedad y depresión, entre otros, provocan un incremento de la inadaptabilidad y de los pensamientos disfuncionales, pensamientos negativos y creencias irracionales que dan origen a:

1. Perturbación emocional que lleva a creencias mal adaptadas.
2. Fallas en el manejo de los procesos de información. Para contrarrestarlas, se deben refutar estas distorsiones con reestructuración cognitiva.
3. Ideas derrotistas que crean dichos sentimientos.

Por lo tanto hay que plantear nuevamente el modelo y dar una explicación respecto a la calidad de vida a futuro del paciente.

El trabajo plantea que el psicólogo o personal de emergencia sea capaz de intervenir en la crisis gracias a una serie de modelos y técnicas que presenta el taller de capacitación, los cuales son:

1. La ayuda que brinda el psicólogo o personal de emergencia tiene contexto en la estructura de conservación de la salud y la modulación del estrés.
2. Prevención de la psicopatía.
3. Seguimiento derivado a una institución cercana a su localidad y especializada en la problemática.

Se propone además una intervención en línea: vía telefónica o vía internet en forma de videoconferencia. Estos medios son inmediatos, a distancia, de bajo

costo y de fácil acceso a la comunicación. Esto es de suma importancia, ya que hacer la intervención lo antes posible ayuda a no desarrollar diversos trastornos psicológicos relacionados con la ansiedad y la depresión.

Se busca hacer una Intervención a las víctimas de extorsión, secuestro y en la nueva modalidad de extorsión virtual por medio de las redes sociales llamada “Sextorsión” en internet.

El objetivo es dotar al psicólogo con varios modelos de intervención en crisis para que logren una intervención certera y eficaz con el usuario.

Capítulo 1.

EXTORSIÓN Y SECUESTRO.

El objetivo de este capítulo es analizar las implicaciones psicológicas generadas por eventos de súbita ocurrencia, como el secuestro o la extorsión, que generan en la víctima y su círculo familiar más cercano, un desequilibrio y desorganización cognitiva, conductual, emocional, física, económica y social, que puede empeorar por las diferentes creencias y conductas irracionales aprendidas y retenidas de la víctima y su entorno familiar.

La extorsión es un delito que consiste en obligar a una persona a dar o hacer, tolerar o dejar de hacer algo en perjuicio de sus propios bienes patrimoniales o los de otra persona. Se registra en cualquier horario y en contra de todo tipo de persona y en la mayoría de los casos las realiza en teléfonos de los centros de readaptación y en algunos casos desde teléfonos públicos, claves de lada programadas en una computadora o por personas conocidas que saben la dinámica de las familias. (Mejía, 2012).

Después de un ligero descenso a finales de los años noventa, el número de secuestros, por motivos económicos, aumentó espectacularmente después del año 2000. México ocupa el primer lugar a nivel mundial en materia de secuestros rápidos y extorsiones telefónicas por medio de secuestros falsos.

1. Extorsión.

Tanto el soborno como la extorsión son conductas cuyo registro data de los tiempos más remotos. Dan cuenta de ellas tanto los Códigos de Hammurabi y el viejo Testamento como los datos que se conocen de las culturas griega, egipcia, romana, azteca, etc. (Austin, 2008).

Hoy en día, mientras que el soborno implica el intento de un ciudadano de obtener favores ilegales de un funcionario público, la extorsión es el ofrecimiento de tales favores ilegales por parte del funcionario. Sin embargo, el término “extorsión” también se utiliza de manera informal para designar la presión o las amenazas que una persona recibe para hacer o dejar de hacer algo a cambio de no sufrir daños en su persona, sus bienes o los de sus familiares. Así, y aunque algunos estudios definen la extorsión como una “oferta” de hacer o dejar de hacer algo para evitar una acción dañina para el “comprador”, otros no dejan de destacar que en dicha “transacción”, el “ofertante” ofrece algo que, en realidad, no tiene derecho a realizar (Levin, 1999).

En Latinoamérica, la espiral de violencia ha producido una expansión de los servicios de seguridad privada, que a menudo contribuye al incremento de la violencia, ya que las fuerzas privadas se convierten en grupos paramilitares. Sea que estos grupos asalten o protejan contra los asaltos. La interacción entre ellos genera un mercado para la extorsión que difiere de ambos: los mercados ordinarios y el crimen organizado convencional (Mehlum, Moene & Torvik, 2002).

Otros estudios señalan que, cuando el Estado falla en proveer seguridad básica a los ciudadanos y protección a sus propiedades, algunos grupos violentos encuentran la oportunidad de organizarse para robar, pero otros también se organizan a su manera para proveer “protección”. Esta división del trabajo resulta ventajosa para ambos grupos, cuyo negocio es la violencia. En el mercado de la extorsión, la entrada de nuevos emprendedores violentos refuerza las ganancias para todos ellos. La oferta de la violencia crea así su propia demanda (Mehlum, Moene & Torvik, 2002).

Otros estudios coinciden en apuntar que los países donde la extorsión se ha institucionalizado forman parte de aquellos donde existe un nexo cada vez más claro entre Estado, mercado y crimen. Ello supone la mercantilización de la corrupción, del crimen y de la seguridad al mismo tiempo (Los, 2003).

Al preguntar por los factores que propician este incremento de la extorsión en México, se puede señalar desde el desempleo, la falta de oportunidades y el crecimiento del mercado informal, hasta la ineficacia y la descomposición de las instituciones de seguridad pública y procuración de justicia, así como la degradación, la corrupción y la creciente falta de control que existe en las prisiones. Algunos de los datos que resultan reveladores a este respecto son el hecho de que el 99 % de los delitos que se cometen en el país no son sancionados, y el que sólo el 12 % de las personas que son víctimas de un delito acude a las autoridades para denunciarlo (Zepeda, 2008).

Algunas estimaciones a nivel mundial indican que sólo una décima parte de los casos de extorsión es denunciada. Las víctimas más frecuentes hoy en día son aquellos negocios que dependen enteramente de servicios en línea, tales como casinos, bancos y el comercio de productos por Internet. Como estos negocios están permanentemente expuestos, con mucha frecuencia son víctimas de *hackeo* (*penetrar las barreras de seguridad del sistema*) y pagan millones de dólares a extorsionadores que les venden protección, ya que de otro modo tendrían pérdidas muy cuantiosas. Y mientras que algunos países están creando grupos especializados para combatir este fenómeno, otros carecen de la tecnología y los recursos que requieren para hacerlo (Kshetri, 2005).

1.1 Tipos de extorsión.

1.1.1 Extorsión telefónica.

De acuerdo a la última Encuesta de Victimización y Eficacia Institucional levantada por el Centro de Investigación y Docencias Económicas (CIDE), el 5% de los hogares de la ciudad (uno de cada 20) fue víctima de extorsión telefónica durante el segundo semestre de 2007 (Bergman, Sarsfield & Fondevila, 2008). De Diciembre 2007 a Agosto 2008 se reportaron 80 mil llamadas de este tipo, en sólo nueve meses. Para tener una idea de la dimensión del problema, esto significa que durante el período señalado hubo un promedio de 8.725 llamadas al mes, 290 cada día y 12 cada hora. Ello sin tomar en cuenta los cientos o quizás los miles de llamadas de este tipo que no fueron reportadas.

Cabe advertir que se trata de un fenómeno delictivo de dimensiones e impacto considerables ya que, según cálculos que se aplican a nivel internacional, sólo una décima parte de los casos de extorsión son reportados (Kshetri, 2005).

De las 78,532 llamadas (De Diciembre 2007 a Agosto 2008); que fueron reportadas al Consejo Ciudadano de Seguridad Pública, los extorsionadores lograron obtener algún beneficio en 2,966. Esto significa que una de cada 27 llamadas les resultó provechosa. Es decir que uno de cada 27 ciudadanos a los que llamaron creyó en su oferta, ya sea porque tuvo la esperanza de recibir algún premio o porque consideró que las amenazas de daños y sufrimientos inminentes eran plausibles.

Asimismo, de acuerdo con el Consejo, en 41,449 casos se logró evitar el pago de la extorsión gracias a la asesoría que brindaron los operadores del Centro de Llamadas.

1.1.2 Secuestro virtual como forma de extorsión.

El secuestro virtual se relaciona con lo que ahora se conoce como extorsión telefónica. Se basa en el hecho que el delincuente, aleatoriamente marca un número telefónico, y a la persona que contesta le habla la voz, por lo general de un menor, diciendo: “mamá o papá”, y la víctima al escuchar esa voz cae fácilmente diciendo el nombre de su hijo o hija, con lo cual el delincuente comienza la extorsión. No es considerado propiamente un secuestro, sino una extorsión (ICESI, 2008).

En el secuestro virtual el secuestrado es joven, en la mayoría de los casos, personas que lo conocen siguen sus movimientos cuando el vigilado sale con amigos, “sus secuestradores” buscan por teléfono a su familia para informar del plagio y pedir dinero en una negociación en minutos, en la mayoría de los casos, la suma exigida no supera los veinte mil pesos, en un veinte por ciento de los casos, el secuestrado está de acuerdo con el plan y cuando no, se aclara que no hubo dicho plagio al llegar la víctima a su casa (Góngora, 2005).

El secuestro virtual comienza con una llamada amenazadora anunciando que se tiene secuestrado a un familiar y que lo van a matar o lastimar, exigiendo por la persona una determinada cantidad, la cual debe de ser entregada en un lapso rápido sin avisar a la policía, generalmente, el rescate en el lugar indicado o la persona señalada (Góngora, 2005).

Para Uribe (2001, en Aguilar, 2003) es un secuestro ficticio, en donde los delincuentes aprovechan la ausencia de una persona para extorsionar a su familia y obtener un beneficio económico, cifras que son fáciles de reunir en un par de horas.

Es un secuestro que no existe; se aprovecha la ausencia de la víctima para extorsionar a la familia y obtener cantidades de dinero fáciles de reunir en un par de horas, en ocasiones se escuchan gritos de una persona que está siendo golpeada, maltratada y que supuestamente es la víctima, para causar impacto en los familiares.

Por otra parte existe la Sextorsión, la cual consiste en amenazar con publicar o enviar imágenes en que la víctima se muestra en una actitud erótica, pornográfica o teniendo relaciones sexuales, o bien ejerciendo daño y abuso de poder. Se conoce como Sexting al envío de estas imágenes. Es importante mencionar que la ganancia de este tipo de extorsión, no siempre se relaciona con una remuneración económica, ya que en ocasiones existe una relación de confianza entre el extorsionador y la víctima, lo que genera que el pago por no publicar las imágenes o los textos se relacionen más a situaciones de poder o sometimiento.

1.2 Secuestro.

Etimológicamente secuestro se deriva del latín *sequestrum*, se relaciona con el verbo *sequestrare*, que quiere decir retener indebidamente a una persona para exigir dinero por su rescate, o para otros fines (Castro y Núñez, 1998, Góngora, 2005, y Pares, 2007).

En la antigüedad plagio derivado del latín *plagiarius* “secuestrador”, equivalente a *plagium*, “secuestro”, que contiene el latín *plaga* que quiere decir trampa o red. Plagio se refería al delito en el que incurría el secuestrador o ladrón de niños y esclavos, era tanto la sustracción de un siervo en daño de su dueño como el secuestro de un hombre libre para venderlo como esclavo (Góngora, 2005).

Actualmente se entiende por secuestro, al apoderamiento y retención que se hace sobre una persona, considerada como sujeto pasivo del delito y que sin su consentimiento es sometido al encierro y detención mediante la privación de su libertad personal, provocando un acto ilegal donde el objetivo por parte de los secuestradores es el factor económico (Jiménez, 2002).

Para el siglo XXI los secuestros aumentaron precipitadamente, debido a varios factores:

1. La delincuencia organizada que regularmente se dedica al tráfico de drogas vio en el secuestro otra vía para conseguir dinero fácil.
2. Las víctimas de secuestro ya no eran exclusivamente las gentes adineradas, sino comerciantes, estudiantes y amas de casa, y
3. Una de las causas más fuertes es la corrupción e impunidad que existe en México. Las denuncias sólo forman parte de las estadísticas pues no hay justicia para estos delincuentes, no hay investigación y cuando se logra atrapar a alguno es liberado poco tiempo después por falta de pruebas.

Reyes (2009) explica que la frustración ante el incumplimiento de las expectativas que produce un abismo entre lo que se aspira como calidad de vida y las posibilidades reales de alcanzarla es una de las causas por las cuáles los individuos deciden dedicarse a este “negocio”, ya que ven en él muchas posibilidades de alcanzar sus expectativas (principalmente monetarias). México se encuentra en un momento en donde las oportunidades de trabajo, educación y de salud, no solamente no se están dando sino se están limitando cada vez más.

Conforme a Botello (2004) las bandas de delincuentes abundan y las víctimas proceden de todos los sectores sociales. Atrás quedaron los tiempos en que los secuestradores tenían sofisticados sistemas de información para elegir a sus víctimas. Ahora, el 29 por ciento de los plagiados son estudiantes y el 14 por

ciento empresarios. La práctica ha adquirido un tinte familiar: en una banda piden participar padre, esposa y demás familiares.

En México el problema no es la cantidad de policías sino la calidad de ellos. Según la Comisión Nacional de Derechos Humanos, “es posible considerar que el secuestro tiene una tasa de no denuncia de 75 por ciento por cada plagio denunciado existen tres que no lo son. Durante el periodo 2001 a noviembre de 2008, se cometieron aproximadamente 20 mil secuestros; es decir, un promedio de 2 mil 500 por año y 7 por día” (Jiménez, 2009).

1.2.1 Tipos de secuestro.

Existen diversas causas que provocan el delito de secuestro, éstos pueden ser de naturaleza económica, social, política, cultural y religiosa. Sin lugar a duda la principal de ellas es la económica la cual determina las demás (Besares, 2003).

- Tradicional.

El secuestro tradicional es aquel mediante el cual se retiene y oculta a una persona con el propósito de exigir por su libertad algún provecho, cualquier utilidad o para que se haga u omita algo o con fines económicos, publicitarios o de carácter político. Es decir, se presenta cuando los delincuentes exigen una suma de dinero por la liberación de su víctima y existe negociación con los familiares o personas cercanas a la víctima en ese proceso. (Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad, 2008).

- Extorsivo.

Podría decirse que el secuestro extorsivo la podemos hallar en tipo de secuestro, ya que implica el hecho de que se obtenga un beneficio ilegal con

motivo de la liberación de la víctima, por lo que el que arrebate, sustraiga, retenga u oculte a una persona, con el propósito de exigir por su libertad algún provecho, o cualquier utilidad o para que se haga u omita algo, o con fines publicitarios o de carácter político, está cometiendo un secuestro extorsivo (Pares, 2007).

Dentro de las diferentes modalidades del secuestro extorsivo encontramos una subclasificación:

a) Secuestro extorsivo económico.

Se caracteriza por poner un precio a la vida, el secuestrado no es canjeado por libertades políticas o por otras razones, sino por dinero, y por lo general, la supervivencia del secuestrado depende de la negociación que haga la familia (Navia, 2008).

b) Secuestro extorsivo político.

Se activa con objetos de publicidad a una acción de orden político, con la exigencia de una acción u omisión con respecto a políticas o acciones de gobierno o solicitan la dispensa o no ejecución de una medida gubernamental (Góngora, 2005).

El daño emocional se manifiesta en ambos; sin embargo, en el extorsivo político será un poco más severo; ya que al tratarse de figuras reconocidas se muestra la crueldad de los secuestradores, afectando el autoestima de este tipo de personas y tienden a portarse de manera más violenta y cruel perjudicando severamente la estabilidad emocional, en consecuencia serán mayores los efectos psicológicos de la persona (Salgado, 2011).

1.2.2. Nuevas modalidades.

A través de los años han surgido nuevas modalidades en el delito de secuestro, llevadas a cabo por grupos menos organizados, por diferentes causas, de duración corta y en las que se obtiene un monto menor a los de un secuestro tradicional o un secuestro extorsivo. En ciertos casos el secuestro no se lleva a cabo, pues se trata de un engaño o una amenaza para evitar el plagio. Entre estas modalidades figuran las que se enlistan a continuación:

- Narcosecuestro.

Está ligado con las grandes organizaciones de la droga, de la prostitución, del tráfico de mujeres y de la explotación de menores, muchas veces se utiliza como venganza entre las bandas del narcotráfico. Estas organizaciones criminales recurren al secuestro para obtener recursos y así financiar sus operaciones, aunque ocasionalmente lo hacen para presionar a las autoridades judiciales que persiguen estas formas de criminalidad (Correa, 2010).

- Secuestro Exprés.

Este concepto hace referencia a la privación de la libertad, sin logística llevado rápidamente, y en el que generalmente se exige el pago de una escasa cantidad de dinero. (Weinstein, 2005 en Martín, 2008).

- Cibernético.

Este tipo de secuestro surge de la tecnología moderna de las últimas décadas en las que, no sólo las vías de comunicación han avanzado, sino las comunicaciones vía Internet, siendo éste el medio propicio para la existencia y proliferación de ésta modalidad, pues se ha tenido registro de algunos casos que mediante el correo electrónico el afectado es amenazado de un secuestro contra él o su familia. La amenaza es acompañada de una serie de información sobre

las rutinas de la familia, con lo que el delincuente demuestra que tiene completamente vigilados los pasos de sus posibles víctimas, y a cambio de no hacer nada, se exige dinero (Góngora, 2005; Álvarez, 2005).

Posteriormente, las redes sociales en Internet se convirtieron en auténticos bancos de datos para los plagiarios, quienes ingresan a estas páginas para obtener información sobre sus potenciales víctimas, tales como Hi5, Facebook y Twitter. Expertos en seguridad señalan que, ante la basta información, en la mayoría de los casos, sólo hace falta interpretar los datos socioeconómicos y los lazos familiares contenidos en las imágenes (El seminario, 2008).

Más que un secuestro o plagio definirse como la amenaza de plagio que sufre una persona o familiares al comunicarles que su familiar es privado de su libertad, lo cual pueden evitar pagando las sumas que sean exigidas.

- Científico.

El secuestro científico se realiza con medios o recursos de alta tecnología, por ejemplo el acceso a bases de datos de los bancos, compañías de televisión por cable, empresas de telefonía, de radio localizadores y otras; aprovechando así la fuga de información de esas empresas para seleccionar a sus víctimas y amenazarlas con el secuestro y beneficiarse con ello (Álvarez y Góngora, 2005).

Esta modalidad del secuestro podría incluirse en la definición del secuestro cibernético; sin embargo, difiere en cuanto a la forma de operación, pues mientras en el cibernético la vía de enlace entre víctimas potenciales y los victimarios es el Internet, el medio de enlace en esta modalidad es generalmente la telefonía fija o móvil, e incluso la correspondencia.

- Autosequestro.

En realidad es la simulación de un secuestro, planeado por la propia víctima y algunos colaboradores o cómplices. Generalmente es llevado a cabo o planeado por personas que tienen algún problema financiero o de índole familiar, normalmente cometido por adolescentes de nivel socioeconómico medio. Los cómplices son amigos de la falsa víctima que tienen como finalidad primordial obtener recursos para compartirlos. Lo tratan de asemejar a un secuestro exprés (Góngora, 2005).

Canela (2006) también expresa que es la acción de secuestrarse a sí mismo, simular el secuestro con amenaza a su vida o daño a su persona, con el propósito de utilizar el chantaje para obtener un beneficio, generalmente de índole económico y usualmente es efectuado por adolescentes y jóvenes que quieren sorprender a sus padres. Este hecho delictivo abarca desde aquel que se autorroba, transportistas, empresarios, comerciantes, estudiantes, parejas en conflicto y jóvenes que solicitan cantidades de dinero a sus padres para vengarse o solventar gastos extras (Jiménez, 2002).

1.3 Efectos psicológicos de la extorsión y el secuestro.

Para saber el grado de afectación de los efectos psicológicos, se debe tomar en cuenta el impacto que la extorsión o el secuestro podrá dejar en la víctima, así como los mecanismos de defensa que la persona posea. Los efectos psicológicos podrán variar dependiendo de la personalidad de la víctima, y el tipo de extorsión, así como las fortalezas y recursos psicológicos previos de la extorsión (recursos intelectuales, valores creencias, estrategias para resolver conflictos, autoestima, proyecciones hacia el futuro, entre otros), la edad, la presencia de experiencias traumáticas y las redes de apoyo afectivo y social con que cuente el individuo (Salgado, 2011). Se considera que para todas las personas que hayan pasado por este delito, será normal que aparezcan los

efectos psicológicos; sin embargo, dichos efectos podrán variar dependiendo de dos cosas: el impacto y la personalidad de la víctima. Al hablar de efectos psicológicos se refiere, de manera global, a las emociones y sentimientos durante el tiempo que duro la llama de extorsión.

Por otra parte, es importante recalcar que sobre las llamadas de extorsión, en la parte psicológica, se tienen pocas investigaciones acerca de las consecuencias que pueden tener las personas que sufrieron la llamada, sino es atendida a tiempo. Lamentablemente, la mayoría de las personas considera que no es algo importante, desconocen que al no tener un proceso terapéutico después de un suceso traumático, este mismo será el responsable del desencadenamiento de sentimientos como el miedo, ira, dolor, tristeza, frustración, desesperanza, inseguridad y el principal: la pérdida de confianza.

En una investigación realizada a víctimas de este delito (Salgado, 2010), se reveló que estas se sienten responsables porque “no evitaron estos infortunados sucesos por sí mismas”; encuentran dificultades para afrontar responsabilidades y generan sentimientos de inseguridad, inferioridad y desconfianza, así como el desconocimiento de las propias capacidades. En cuanto a los familiares, sufren perturbaciones emocionales, sumadas a los sentimientos de inutilidad, agresividad, culpa o desinterés, estrés y enfermedades psicosomáticas, así como el aislamiento o la vergüenza.

El secuestro y la extorsión, como estados de sometimiento irracional, desbordan el súbito e impredecible terror de eventos traumáticos que confunden la vida y la envuelven en un manto de incertidumbre, desesperanza y temor constante de perderla.

La desorganización y desequilibrio cognitivo-conductual provocados por los efectos devastadores de estos delitos encierran un alto grado de violencia, a nivel de la estructura psicológica, que produce consigo un daño psíquico. (Salgado, 2010).

De acuerdo a Echeberrúa y Del Corral (2004), se genera un daño psíquico por la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, por una lesión física grave, por la percepción del daño como intencionado o consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación. Según Guzmán y Aristizábal (2002), estos eventos traumáticos generan grandes dificultades y repercuten en la actividad de la persona en sus diferentes áreas.

Eventos de súbita ocurrencia, como el secuestro y la extorsión, no sólo sobrepasan las fronteras geográficas, culturales y sociales, sino también las de un entendimiento racional. Las víctimas sienten vulnerados sus derechos fundamentales, inclusive la vida misma, pues en ocasiones ésta es asesinada por sus agresores o muere a causa de las malas condiciones del ambiente, por enfermedades físicas o mentales adquiridas. A esto hay que agregar el grave y continuo deterioro de la salud, que en la mayoría de las veces es desatendida por los encargados del cuidado.

Las personas que se convierten en víctimas de extorsión también presentan ciertas dificultades, que interfieren en su ajuste vital. La más observable en los casos atendidos en el Guala-Valle del Cauca (2010) es el rompimiento o afectación de los vínculos familiares, de pareja, de amistad, con la comunidad y, algunas veces de manera paradójica, con las mismas autoridades.

Todo lo anterior podría ser menos traumático si se cuenta con una orientación y un acompañamiento psicológico que ayuden a que toda la complejidad de este proceso se logre enfocar de la manera más adecuada y tratar de evitar que se sumen otros efectos negativos.

Los delitos violentos, y en especial el secuestro y la extorsión, tal como lo plantean Kilpatrick y Saunders (1989, en Rey, 2009), son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la

integridad física de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales. Entre las principales secuelas se encuentran:

Sentimientos de depresión, inutilidad, incompetencia y culpa, perturbación emocional, sentimientos de inferioridad e incompetencia. Baja autoestima, rabia, aislamiento, confusión, desesperación e indefensión. Desinterés, descuido y deterioro de la propia salud. Incompetencia, consumo excesivo de licor, dificultades laborales, familiares y sociales.

-Impacto psicológico.

El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales, no funcionan satisfactoriamente. El problema rebasa sus capacidades de resolución y, por lo mismo, se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto, la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar la solución. La tensión invade al individuo, se puede mostrar irritable, puede permanecer inmóvil o sumamente activo; se presentan alteraciones cognoscitivas acompañadas de preocupaciones o ideas distorsionadas de los eventos. Es un momento de trastorno y desorganización (emocional, cognitiva y conductual).

Con estos sucesos traumáticos implementamos la intervención en crisis para que nuestros usuarios no desarrollen el estrés postraumático.

CAPÍTULO DOS

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN.

Una intervención en crisis consiste en dar apoyo psicológico de emergencia a la víctima del delito que a consecuencia del hecho presenta crisis emocional. Asimismo, se brinda orientación para que se facilite el entendimiento sobre la situación emocional que se genera a partir del suceso traumático.

La intervención en crisis es una táctica diseñada para ayudar a un individuo que haya pasado por un evento traumático y en consecuencia presente un estrés grave sobrepasando sus recursos psicológicos y generando diversas sensaciones. La búsqueda de ayuda consiste en recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado (homeostasis) como el que tenía antes del incidente que desencadenó la crisis. (Ruiz, 2014).

La intervención en crisis se remonta a los trabajos de Lindemann (1964, citado en Slaikou, 1990), quien ante una inesperada situación emergente, se aventuró a desentrañar los mecanismos de recuperación de la homeostasis en personas en proceso de duelo. A partir de dichos principios Caplan (1964, citado en Slaikou, 1990), concibe la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos, aseverando que es a través del examen a la historia de pacientes psiquiátricos donde se observa que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo que parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada podría haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis.

2. Definición de crisis.

El término chino de crisis (*weiji*) se compone de dos caracteres que significan “peligro y oportunidad”. La palabra inglesa se basa en el griego *krinein* que significa “decidir”. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el que habrá un cambio para mejorar. (Lidell y Scott, 1968, en Reyes, 2007).

Para Rodríguez (2003), crisis es un estado temporal de desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. Esto afecta los sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y el funcionamiento físico.

Du Ranquet (1996, en Reyes, 2007), explica que las situaciones de crisis son estados de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentran ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios (1996: 2007).

El estado de crisis es una situación límite en el cual la persona pierde momentáneamente la capacidad del manejo de la situación, mientras dura la crisis y que es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda del exterior. La crisis genera ansiedad, desorganización y desequilibrio emocional, pero no siempre es negativo o destructivo, ya que las crisis pueden ayudar a crecer y desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles del funcionamiento óptimo (Hernández, 2010).

- Características de una crisis.

Caplan (1974) destaca la idea de que el estado de crisis se caracteriza por el desequilibrio. Como lo indica la investigación de Halpern (1973), la desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico. (Slaikeu, 1988).

Una parte en la desorganización del estado de crisis, es la vulnerabilidad y sugestionabilidad del individuo (Taplin, 1971). Esto también se refiere a la reducción de defensas (Halpern, 1973). Cuando un individuo ya no es capaz de enfrentar y todo le parece que va a destruirse, es casi como si ya no hubiera nada por defender, (Slaikeu, 1988).

Principios Básicos de la Crisis.

- Sucesos precipitantes.
- Tipos de crisis, es decir, las crisis de desarrollo, circunstanciales.
- Desorganización y desequilibrio.
- Vulnerabilidad y reducción de las defensas.
- Trastornos en el enfrentamiento.
- Límite de tiempo.
- Fases y estados del impacto de resolución.
- Resultados de las crisis para mejorar o empeorar.

- Fases de la crisis.

Según Chacón (2000 en Reyes, 2007) sugiere cinco momentos que constituyen una crisis como:

1. Evento precipitante: Cuando ocurre un evento inusual, no anticipado, de mucho estrés o traumático que es percibido como amenaza o abrumador.

2. Respuesta desorganizada: Los efectos comienzan a mostrar signos de aflicción y se tornan más y más desorganizados a medida que los comportamientos, habilidades o recursos utilizados en el pasado fallan para resolver la crisis.

3. Fase de explosión: Los involucrados pierden el control de sus pensamientos, y comportamientos exhibiéndolos muy inapropiados o destructivos.

4. Fase de estabilización: Los individuos afectados comienzan a calmarse a medida que encuentran recursos alternos. La persona es muy vulnerable en este momento y puede “explotar otra vez si se siente amenazada de alguna manera”.

5. Fase de adaptación: El individuo se tranquiliza, y otra vez toma control de sus acciones.

2.1 Tipos de Crisis.

- Crisis circunstanciales.

Son accidentes, desgracias inesperadas apoyadas en un factor ambiental. El estrés es manifiesto, imprevisible y surge de fuerzas externas ajenas al individuo y la familia. Karl A. Slaikeu (1993), presenta 6 clasificaciones sobre este aspecto:

- 1 Enfermedades físicas y lesiones: Cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedad que amenaza la vida e incapacidad física.

- 2 Muerte inesperada: Accidentes fatales, enfermedades mortales, homicidio y suicidio.
- 3 Crímenes: Asalto (robo y violación); violencia doméstica (niño y/o cónyuge maltratado o abusado); encarcelamiento o libertad de delincuentes.
- 4 Desastres naturales y provocados por el hombre; incendio, inundación, tornado, huracán, accidente nuclear, terremoto o desastre aéreo.
- 5 Guerra y hechos relacionados: invasión u otra acción militar, toma de rehenes, prisioneros de guerra y terrorismo.
- 6 Familia y economía: Contrariedades económicas (inflación, desempleo), migración, reubicación, separación y divorcio.

- Crisis en el Desarrollo: Los eventos precipitantes de este tipo de crisis tienen que ver con los procesos de maduración.

- Crisis Estructurales: Son crisis concurrentes en las que se exacerban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia.

- Crisis de Desvalidamiento: Está dentro de la estructura familiar por una miembro con una incapacidad física o mental reciente que aún no ha sido del todo aceptada provocando una desorganización o crisis que ayuda al sistema familiar a reorganizarse.

2.2 Diferentes formas de estrés asociados a la crisis.

Para pertenecer al segundo grupo es necesario por lo menos aprender a relajarnos aun en situaciones conflictivas y a utilizar esas emociones en sentido positivo, es decir, aceptar el “*eustres*” segundo (estrés positivo) y no permitir que nos domine el “*distres*” primero (estrés negativo). (Domínguez y Cols, 2002).

Selye (1984), distingue el estrés constructivo del destructivo, señalando claramente que no todo estrés es mortal. Argumenta que la excitación estresante puede ser una fuerza positiva, motivante que mejora la calidad de vida. Llama al estrés positivo “eustres” (prefijo griego que significa bueno) y el estrés debilitante, excesivo “distres” en (Correche y Labiano, 2003). Eustrés se debe a un impacto positivo, por ejemplo el amor, titularse, casarse, un ascenso, cualquier evento que nos provoque gusto.

Tipos de estrés.

“Estrés agudo” es la forma más común, se da en pequeñas dosis, su característica es de corto plazo, no causa daños importantes ya que no tiene tiempo suficiente para operar. Una vez resuelto el problema, el organismo vuelve a su normal funcionamiento, recuperando su equilibrio. Un ejemplo es en el caso de un examen, un juego de competición, un susto leve, etc.

Estrés positivo o eustrés o estrés bueno se manifiesta cuando la respuesta del sujeto al estrés, favorece la adaptación al factor estresante, brinda energía y entusiasmo, se activan todos los sistemas de forma armoniosa dando por resultado una vida saludable y agradable. Es necesario para el desarrollo del funcionamiento del organismo y la adaptación al medio, es de corto plazo. Por ejemplo preparar una fiesta, un viaje, el nacimiento de un hijo, etc.

El estrés crónico es agotador, y llega a hacer estragos en las personas, es a largo plazo y puede durar años. Puede destruir al cuerpo, la mente y toda la vida. En el momento en que una persona no consigue superar estas circunstancias, se activa la respuesta psicofísica o estrés, pudiendo manifestarse secreción de adrenalina, aceleración de la frecuencia cardíaca, hiperventilación pulmonar, vasoconstricción periférica, etc., ya que, de esta manera se consigue la energía necesaria para superar esa situación.

Estrés negativo o distrés puede producir diversas enfermedades y trastornos. El organismo no puede recuperarse, afecta órganos internos y la existencia entera, sus causas pueden ser ante la pérdida del empleo, muerte de un familiar, enfermedad terminal, por consecuencias ante accidentes, etc.

Estrés postraumático (TEPT) es un trastorno debilitante que a menudo se presenta después de algún suceso aterrador por sus circunstancias físicas o emocionales o ante un trauma (accidente de tránsito, robo, violación, desastre natural, entre otros). Este acontecimiento provoca que la persona que ha sobrevivido al suceso tenga pensamientos y recuerdos persistentes y terribles de esa experiencia. Puede darse tanto en individuos que han vivido la amenaza, la han presenciado o han imaginado que podría haberles pasado a ellas. (Selye, 1984 en Correche y Labiano, 2003).

FASES DEL ESTRÉS.

Según el endocrino Hans Selye el estrés tiene tres fases:

1) Reacción de Alarma: Primera etapa que se genera cuando: el cuerpo detecta el estímulo externo, que al ser amenazado, se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, donde hay hormonas responsables de las reacciones orgánicas correspondientes a la respuesta de lucha o huida. Durante esta etapa aparecen los síntomas de respiración entrecortada y acelerada, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, sensación de tener un nudo en la garganta o en el estómago, ansiedad y angustia. Estas reacciones son provocadas por la secreción de hormonas como la adrenalina que proporciona efecto después de unos minutos y cuya función es la de preparar al cuerpo para una acción rápida.

2) Fase de Resistencia: Cuando el sometimiento ante la amenaza sucede en forma prolongada los agentes perjudiciales físicos, químicos, biológicos o

sociales provocan que el organismo disminuya sus capacidades de respuesta, esto es debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés, por lo tanto trata de adaptarse a esa tensión constante que lo afecta, pero como no puede volver al estado de equilibrio, continúa sus funciones con gran esfuerzo, provocando cambios emocionales como irritabilidad, fatiga, predominando la ansiedad; al mismo tiempo que le cuesta mantener sus adaptaciones corporales. La respuesta fisiológica es producir glucocorticoides, los cuales elevan la glucosa al nivel que el organismo necesita para el buen funcionamiento del corazón, el cerebro y de los músculos, movilizand así las fuentes de energía. La capacidad para resistir se conserva por mucho tiempo sin problema pero, en caso de fatigarse avanzará a la fase siguiente.

3) Fase de Agotamiento: el sujeto ante las demandas desproporcionadas siente que se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio, hay un desbalance en el cuerpo y el organismo colapsa, pierde su capacidad de respuesta, comenzando a agotarse las defensas del cuerpo y las reservas psíquicas durante esta fase, es probable que la persona afectada desarrolle algunas patologías que provoquen que el organismo pierda su capacidad de activación (Selye, 1984 en Correche y Labiano, 2003).

Toda persona realiza constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan. Por esa razón todo el estrés tiene consecuencias negativas. Sólo cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina distrés, a diferencia del estrés positivo, o eustrés, que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual.

Trastornos asociados a la crisis.

2.2.1 Estrés postraumático.

Las actuales investigaciones demuestran que después de un evento traumático el individuo afectado desarrolla ciertos síntomas como el miedo intenso, el desamparo o el horror, que son característicos de un trastorno denominado Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). (King, King y Cols, 2001).

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) tiene su origen en la psiquiatría a finales del siglo XIX cuando el médico británico Herbert Page llamó shock nervioso a la sintomatología postraumática como efecto de la explosión a las granadas durante la Primera Guerra Mundial y asignó su etiología al terror experimentado, en lugar del daño orgánico tal como era la creencia de su época (Cazabat, 2002).

Después de un evento traumático los sujetos quedan con conductas propias del estrés pos-traumático: temor, ansiedad, alteración del sueño, inseguridad, hipervigilancia. Pero quizá la conducta generalizada es la inseguridad al salir a la calle, creen que son perseguidos y que se volverá a repetir el suceso traumático. Llanto y temor frecuente acompañan sus noches, con repetición de escenas referidas al suceso, durante los sueños (Salgado, 2010).

Sigmund Freud y Pierre Janet, alumnos de Charcot, se interesaron en encontrar la causa de la histeria por lo que llegaron a la conclusión de que la histeria era causa por el trauma psicológico el cual Janet llamo Disociación y Freud Doble Conciencia.

En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial Abraham Kardiner, describió los síntomas asociados al estrés postraumático, incluyendo la amnesia. La Primera edición del DSM aparece en 1952, año en que los psiquiatras norteamericanos trataban veteranos de la Segunda Guerra y de Corea, incluyendo el diagnóstico reacción a gran estrés, el cual describía síntomas de individuos expuestos a algún tipo de estrés. En la Segunda edición del DSM, en 1968, durante la Guerra de Vietnam donde realmente se prestó atención a los efectos traumáticos, el término de reacción a gran estrés desapareció y fue reemplazado por el “Trastorno adaptativo de la vida adulta”.

Pero fue en 1978, cuando Charles Figley publicó el primer libro acerca del estudio del trauma: “Trastornos de estrés entre los veteranos de Vietnam”, en el que se subrayan las características principales de lo que hoy conocemos como trastorno por estrés postraumático; incorporado en 1980 a la tercera edición del DSM por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). El término trastorno se utiliza para señalar la “presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo”. (CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento).

El trastorno por estrés postraumático está considerado como un trastorno dentro del grupo de los trastornos de ansiedad (DSM-IV) y también es considerado como un trastorno dentro del grupo de reacciones a estrés grave y trastornos dentro del grupo de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (CIE-10).

El término TEPT engloba dos aspectos importantes: la respuesta al estrés, la cual es naturalmente patológica, y al trauma.

El trastorno por estrés postraumático, cuya etimología proviene del griego *aition*: causa y *logos*: tratado, trata del estudio de las causas de las

enfermedades. Es multifactorial, debido a que existen diferentes aspectos que determinan la naturaleza propia de dicho trastorno al presentarse en diferentes casos clínicos:

a) Naturaleza del estrés: El estrés debe ser lo suficientemente grave para estar fuera del ámbito de la experiencia humana habitualmente considerada como normal: desastres naturales, desastres accidentales o desastres deliberadamente causados por la acción humana. El componente psicológico incluye sentimientos de intenso temor, desamparo, pérdida de control y amenaza de aniquilación. El estrés además, varía de acuerdo a su duración y gravedad; el carácter súbito de un estrés aumenta la gravedad y el individuo se encuentra incapaz de desarrollar defensa alguna. El impacto puede ser más grave si la persona se siente atrapada o arrinconada y no tiene oportunidad de luchar o huir.

b) Naturaleza de la persona: Existen factores que determinan la predisposición de una persona para sufrir de un trastorno mental, tales como la edad, los rasgos de personalidad, las incapacidades psicopatológicas anteriores, predisposición genética y disponibilidad de apoyos sociales.

c) Factores orgánicos: En el momento de experimentar el estrés, el organismo reacciona inmediatamente a este suceso. Los síntomas que aparecen inmediatamente después del suceso traumático son producidos, casi con toda seguridad, en parte por una enorme descarga vegetativa en respuesta al miedo; esta activación autonómica es persistente durante días, semanas o incluso meses. En algunos casos, la existencia de traumatismos físicos provocan que el estrés se viva con mayor intensidad, agravándose aún más el problema (Albarrán y Molina, 2010).

Las redes de apoyo social intervienen como agentes protectores cuando se vive un suceso traumático. No existe una edad de inicio determinada para el

desarrollo del TEPT, pues se presenta a cualquier edad. Aunque la edad no es un factor determinante, a menor edad existe un mayor riesgo de desarrollo y síntomas más severos. Los miembros de la familia o los amigos representan un soporte significativo para el sujeto. (Camacho, 2011).

- Características diagnósticas

Desde su aparición como categoría diagnóstica en el DSM-III, el TEPT ha experimentado importantes modificaciones. De esta forma en el DSM-IV especifica que el trastorno aparece cuando existe “exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física.

El individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muerte o herida graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos o en los niños, un comportamiento “desestructurado agitado”. El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático de evitación persistente, de los estímulos asociados a él y embotamiento, de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación en los procesos que controlan la alerta, la vigilia y la activación. El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (DSM-IV, 1994).

- Síntomas y trastornos asociados TEPT.

“Los individuos con TEPT pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida de empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales o físicos en los niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza, sensación de prejuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas”. (DSM-IV, 1994).

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. (DSM-IV, 1994).

Generalmente las personas que han vivido un episodio dramático en su vida: (guerra, muerte de un ser querido) como consecuencia presentan un proceso de crisis asociados al estrés en el cual se manifiestan determinados tipos de signos o síntomas.

Los criterios que se incluyen en el DSM-IV para el trastorno por estrés postraumático 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 caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2) La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intenso. En los niños estas repuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

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

(1) Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.

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

(5) Respuesta fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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

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

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

- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- (2) Irritabilidad o ataques de ira.
- (3) Dificultades para concentrarse.
- (4) Hipervigilancia.
- (5) Respuestas exageradas de sobre salto.

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

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

Además se hace la diferenciación, que el TEPT puede ser:

1.- Estrés Agudo: cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

2.- Estrés Crónico: cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

3.- Estrés de inicio demorado: indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado un mínimo de 6 meses.

Para poder diagnosticar que un individuo tiene TEPT (DSM-IV, 1994)., es necesario que este experimente la siguiente sintomatología:

- Re-experimentación del evento en sueños o recuerdos intrusivos.
- Embotamiento emocional o evitación de estímulos asociados con el trauma.
- Incremento de la excitación autónoma-perturbación del sueño, hiperalerta y pérdida de control sobre la agresión.

Todos los teóricos e investigadores de este trastorno concuerdan en que “el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obras del ser humano y no meramente accidentes” (Echeburúa, 1998).

2.3 Definición de intervención en crisis.

Slaikeu (1984) define la intervención en crisis como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigma emocional, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida) se incremente.

Para Rodríguez (2003), el objetivo general de la intervención en crisis es facilitar que el paciente sea capaz de establecer un nuevo modo de funcionamiento psicológico, interpersonal y social, en el que pueda poner en juego sus capacidades para garantizarse el acceso a los necesarios aportes físicos, sociales u emocionales en su situación.

2.4 Modelos de intervención en crisis.

La primera ayuda psicológica es la intervención que se lleva a cabo con una persona en crisis por un miembro de un equipo de respuestas o por una persona de la comunidad con fin de aliviar las tensiones creadas por el suceso vivido que amenaza en ese momento la vida o seguridad de un individuo. (Pérez, Rodríguez y Zaccarelli, 2006).

La psicología de emergencias es el estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos, durante y después de la situación de catástrofe (Losada, 2004). El modelo surge a partir de estudios sobre cómo las personas sufren y afrontan situaciones de catástrofe o de extrema tensión.

Realicé una descripción de los distintos modelos de intervención en crisis que se han desarrollado para que los psicólogos de las instituciones puedan adaptar el modelo que cubra sus necesidades.

El inicio de una intervención en crisis suele venir mediatizado por la urgencia y está condicionado debido a esa situación interaccional cargada por la presión y por la delegación masiva de responsabilidad en la o el terapeuta (Carrión, 1989).

A diferencia de otras intervenciones psicoterapéuticas donde el objetivo se define en el trabajo conjunto entre terapeuta y paciente, en la intervención en la crisis el objetivo suele estar definido por el mismo motivo de la consulta

urgente (riesgo de suicidio, de violencia, ataque de pánico, etc.) (Rodríguez Vega, 1995). Para ello, la intervención en crisis se debe orientar a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, intentando encontrar la mejor perspectiva, desde el modelo de comprensión de cada terapeuta desde la cual entender al paciente que se sienta enfrente (Bellack y Siegel, 1986).

Para Horowitz (1986), el rasgo crucial de la intervención en crisis es la cuidadosa concentración en los conflictos actuales más importantes, de forma que otros sectores o funciones, que pueden ser también conflictivas, se omiten o se les da sólo una interpretación parcial.

Metas:

- Restablecer la homeostasis emocional.
- Dar apoyo de contención si la persona está desbordada.
- Reducir la mortalidad.
- Recuperar el equilibrio roto por la situación catastrófica.
- Tener el control de la situación y emociones.
- Volver a plantear su modelo y calidad de vida para el futuro.
- Apoyar el proceso de aprendizaje de forma integral.

La intervención en crisis es un tipo de apoyo psicológico para fortalecer a las familias y víctimas de estos delitos, mediante la orientación profesional e idónea que les permita comprender este proceso, así como las formas de manejar la situación y evitar que lleguen a recurrir a conductas irracionales, con desenlaces fatales. (Salgado, 2010).

Trabajar desde la intervención psicológica, para contribuir a la salud mental aumentando el bienestar individual, grupal y familiar; igualmente, en el mejoramiento de las relaciones interpersonales y en una atención más humana y empática hacia las víctimas. La asesoría psicológica, que permita anticipar reacciones esperables y brindar herramientas de manejo (Salgado, 2010).

- Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC).

La TREC plantea que las personas crean sus propias ansiedades, culpabilidades, depresiones y enfados, ya sea, por las ideas o creencias irracionales que defienden. El objetivo de la TREC es inducir al cliente a que las olvide, así como los comportamientos auto-destructivos que a veces los acompañan y a potenciar al máximo su forma racional de pensar y de creer (Ellis, 1955).

El objetivo principal de la TREC es apoyar al paciente a identificar sus pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazarlos por otros pensamientos más racionales o funcionales que le permitan lograr la funcionalidad personal deseada. Las emociones o conductas emocionales, según la TREC, tiene como eje principal la forma de pensar o la manera en la que el sujeto interpreta tres áreas de la vida (3AV): a) su ambiente, b) las conductas de otras personas, y c) a sí mismo. Los pensamientos irracionales son creencias o interpretaciones ilógicas, poco empíricas o no congruentes con las metas personales del individuo basadas en datos empíricos o en una secuencia lógica entre premisas y conclusiones (Carrasco, 2008, en Lega, 2009).

-Modelo A-B-C de Ellis.

Ellis planteó un modelo de intervención denominado modelo A-B-C como estrategia de comprensión y análisis de la forma en que el paciente genera su conducta disfuncional y, al mismo tiempo, el modelo A-B-C es la herramienta que permitirá explicar al paciente la situación disfuncional, así como plantear la forma de resolver la situación (Carrasco, 2008, en Méndez, 2008).

En el modelo de Ellis, A es el momento o acontecimiento activador que experimenta el sujeto. B (del inglés *belief*, creencia) sistema de creencias o cadena de pensamientos que son activados por A. C representa la consecuencia o respuesta emocional y conductual del sujeto. El modelo A-B-C se completa

con (D) el debate o la intervención psicológica o reestructuración cognitiva, la cual provoca (E) como efecto una conducta más adaptativa de interpretar los acontecimientos y, como consecuencia (F) una respuesta emocional y conductual más adaptativa. (Méndez, 2008 en Lega, 2009).

- Modelo de Roberts.

Enfoque individual: Éste hace énfasis en la evaluación realizada por un profesional, de los procesos interpersonales e intrapsíquicos de una persona en crisis. La intervención se planea para encontrar las necesidades específicas de la persona que se encuentra en crisis y una solución a su situación particular y a las circunstancias que precipitaron la crisis. Se insiste en las causas inmediatas de la alteración del equilibrio y en los procesos necesarios para recuperar un nivel de funcionamiento igual o superior al existente antes de la crisis.

Pasos en la intervención:

1. La primera fase es la evaluación del individuo y su problema, esto requiere de técnicas activas de enfoque por parte del terapeuta para conseguir una evaluación precisa del acontecimiento precipitante de la crisis.
2. Planteamiento de la intervención terapéutica; una vez realizada la evaluación precisa del acontecimiento precipitante y de la crisis, se planea la intervención. Esta no está proyectada para efectuar grandes cambios en la estructura de la personalidad, si no para restituir a la persona por lo menos al nivel de equilibrio que poseía antes de la crisis.
3. La intervención, la naturaleza de las técnicas de intervención depende en gran parte de las habilidades preexistentes, de la creatividad y de la flexibilidad del terapeuta.
4. La última fase es la resolución de la crisis y el planteamiento anticipatorio, el terapeuta refuerza los mecanismos de defensa adaptativos que el individuo ha empleado exitosamente para reducir la tensión y la angustia.

En resumen el Modelo de Roberts (2002) propone lo siguiente:

- Establecer contacto psicológico y crear rápidamente la relación.
- Examinar la dimensión del problema para definirlo.
- Estimular la exploración de los sentimientos y emociones.
- Generar y explotar alternativas y soluciones específicas.
- Explore y evalúe los intentos previos de afrontamiento.
- Restablecer el funcionamiento cognitivo a través de la aplicación de un plan de acción.
- Proporcionar un Seguimiento.

- Modelo de Matilde du Ranquet.

Este modelo sostiene dentro de la crisis siempre existe un factor desencadenante que rompe con el estado de equilibrio de la persona o la familia. Aparecen la tensión y el estrés. Se puede reaccionar de distintas maneras según el tipo de acontecimiento, las características de las personas y las experiencias anteriores. Du Ranquet (1996) nos presenta un patrón de conducta de la persona que se encuentra en situación de estrés ante un acontecimiento.

Estas son las tareas que efectúa:

- Percepción del acontecimiento y de los sentimientos que éste suscita.
- Búsqueda de apoyo adecuado en el torno.
- Puesta en acción de las capacidades.

Matilde Du Ranquet (1996) establece los siguientes pasos a seguir con algunas técnicas adecuadas a cada momento:

Fase inicial.

1. Crear una relación: para que se pueda expresar con libertad por medio de una escucha empática.
2. Centrarse en la situación: verificar la información con técnicas de reformulación.
3. Percibir la realidad: hace una evaluación del grado de tensión de la percepción de la realidad.
4. Organizar la acción: recobrar la esperanza en la posibilidad de mejorar su situación, centrarse en la situación y empezar a pensar en soluciones.

Para este momento es útil el contrato, por medio del cual se precisan las expectativas y los compromisos. También se aconseja establecer límites en el tiempo.

La fase intermedia se basa en lo que las personas suelen realizar espontáneamente para resolver la crisis.

Fase intermedia.

1. Apoyarse en las capacidades del paciente y estimularlas: conducta que ha sabido utilizar en el pasado y que, retomadas o moldeadas, podrán responder a la situación real.
2. Ayudar al paciente a tener una percepción realista de los hechos: dirección por anticipación, repetición, o juego de rol, en el evento de crisis.
3. Utilizar el apoyo del entorno: buscar ayuda del entorno establecer una red social con la familia, con los amigos, grupos informales o asociaciones para que le permita observar cómo otro ha hecho frente al proporciona un modelo de rol, dando la esperanza y la información necesaria.

En la última fase es importante establecer el fin del tratamiento cuando la persona sea capaz de conducir por ella misma su propio crecimiento.

- Terapia breve.

La terapia breve es un modelo de terapia que busca solucionar los problemas de manera rápida, eficiente y poco dolorosa, atacando el problema que determine al paciente como el causante de su conflicto aquí y ahora. “Comprende para el terapeuta como para el paciente una actividad que sea dirigida cuidadosamente hacia la meta” (Bellack y Small, 1980).

Es importante señalar que la terapia breve puede ser aplicada a cualquier clase de problema emocional, sin embargo si se utiliza en una situación de emergencia, nos referimos a ella como terapia de emergencia, en donde la única diferencia entre una y la otra es que la terapia de emergencia proporciona una ayuda en una situación psicológica difícil, pero se aplican los mismos principios. A diferencia de las terapias tradicionales esta terapia tiene algunas ventajas es decir, evita la dependencia a la terapia a largo plazo, el tratamiento se da en forma breve y el costo es menor para el individuo, minimizando la alteración de su vida y la de su familia o unidad económica (Bellak y Small, 1980).

- Control y manejo de estrés.

El estrés es conocido comúnmente como una de las principales causas de enfermedad, pero a decir verdad todos necesitamos cierto grado de estrés que nos lleve a cumplir nuestras metas. Ni la falta total de estrés, ni el exceso, son buenos. Lo ideal es ser capaz de entender la respuesta al estrés y tener un almacén de técnicas para eliminarlo, no obstante para modificar la actitud ante la vida sin que éste sea un quehacer molesto es necesario acercarse al manejo del estrés ya que “el control del estrés también es algo que se ha visto asociado con

estilos de vida alternativos, haciendo ejercicios para el control físico, emocional, como defensa o diversión (Clegg, 2001).

2.5 Tipos de Intervención en Crisis.

- Vía Telefónica.

El modelo de los 5 pasos tiene la potencia para la investigación sobre el proceso de intervención por teléfono, puesto que cubre las principales conductas del operador descritas en manuales de entrenamiento.

Características de la consejería telefónica (Lester, 1977):

- Depende de manera exclusiva de lo hablado entre el operador y el usuario (contenido).
- Como lo dice (no contenido).
- Tiene que haber un aumento del control del usuario.
- Orientación o instrucción del terapeuta.
- Ayuda cada vez que lo desea el usuario.
- Libertad para terminar la llamada en cualquier momento.
- Facilita más la autorrevelación y disposición por parte de muchos usuarios al ser vía telefónica.
- Los consejeros también son anónimos, hecho que le reduce la dependencia del usuario al operador y lo transfiere a la clínica u otros servicios (6 semanas máximo).
- La intervención por teléfono es única por su accesibilidad, (la mayoría de la gente tiene teléfono o fácil acceso a uno) y el costo es menor.

Se busca que el sistema de servicio de rescate forme habilidades vitales que reduzcan el estrés y fortalezca el enfrentamiento, prevención psicopatológica y mejoramiento de la calidad de vida al facilitar el crecimiento a través de la resolución de la crisis.

- Pasos de reintegración de Payne (1995).

1. Determinación de si es pertinente o no utilizar el concepto de crisis.
2. Comprobación del nivel alcanzado.
3. Acercamiento a la situación global del cliente y su interacción con aspectos psicológicos de la vida del mismo.

A continuación Payne (1995) presenta unos pasos que llama "Reintegración". Los dos primeros los encontramos en la fase inicial de la metodología de Du Ranquet (1996).

Los pasos son los siguientes:

1. Corrección de la percepción cognitiva.
2. Manejo de los sentimientos, haciendo que el cliente dé rienda suelta a sus emociones extremas.
3. Desarrollo de nuevas conductas de enfrentamiento de problemas.

- Intervención de Primer Orden (Slaikeu, 1984).

Se le llama de "primer orden" a la fase inicial o a la primera ayuda psicológica que recibe el afectado. También se le conoce como intervención de primer apoyo y rescate a la persona, para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio emocional. La Intervención se realiza por un conjunto de personas que no tienen formación como psicoterapeutas (padres, policía, clero, abogados, enfermeras, etc.) para poder afrontar el problema dando apoyo, reduciendo la mortalidad y conectando con recursos del ecosistema que puedan brindar ayuda. Se puede brindar en un ambiente informal, (hospitales, iglesias, hogares, escuelas, trabajo o por teléfono.) etc.

- Intervención en crisis de forma virtual.

Hoy en día dentro de la psicología clínica, es frecuente encontrar que las técnicas utilizadas dentro de la terapia se modernizan con mayor rapidez, modificando el tratamiento de algunos trastornos. De acuerdo con García (2008) la psicoterapia ha sufrido una adaptación a través del uso de las nuevas tecnologías, conformando lo que hoy conocemos como ciberterapia. La tecnología puede ser usada como un apoyo en cuanto a los aspectos rutinarios del tratamiento tradicional. Por ejemplo, el software puede ser desarrollado para entrenar a pacientes en habilidades cognitivo-conductuales tales como relajación o reestructuración cognitiva (Litz, 2007).

Rochlen (2004), definió que “cualquier tipo de terapia profesional y de interacción que hace uso del internet para conectar a los profesionales de salud mental y a sus pacientes” y que por lo tanto, cubre cualquier trabajo terapéutico en línea incluyendo la psicoterapia, asesoramiento, consulta psicológica, así como el apoyo al paciente.

- Modelo cognitivo conductual en psicoterapia vía Internet.

La psicoterapia vía Internet es básicamente de tipo cognitivo conductual, debido a que ésta emplea tareas que se deben hacer en casa y permite que el paciente desarrolle las habilidades para el manejo de sus cogniciones, conductuales y emocionales. El abordaje cognitivo conductual facilita la aplicación de estrategias a distancia (Moreno, 2009). Los procedimientos orientados a la reducción del estrés y el manejo de la ansiedad se les pueden aplicar las técnicas correspondientes (psicoeducación, role playing, relajación, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, identificación y expresión de emociones, entrenamiento en resolución de problemas, etc.).

La terapia cognitiva conductual (TCC) es una intervención psicológica basada en las teorías del aprendizaje y utiliza las técnicas y procedimientos

propios de la modificación de la conducta. El propósito de la terapia es modificar los procesos mediadores, además de la conducta observable, basándose en que el aprendizaje anterior (el suceso traumático) produce consecuencias desadaptativas. Por lo tanto, el objetivo es reaprender lo aprendido “el funcionamiento antes del suceso traumático”, logrando consecuencias adaptativas. Los procedimientos de esta terapia son conductuales mientras que el proceso de cambio es principalmente cognitivo (Vallejo & Gastó, 2000).

La tarea del terapeuta desde este enfoque es la de un diagnóstico, evaluando los procesos desadaptativos y consecuentemente, organizando las experiencias de aprendizaje que modifican las cogniciones y, a su vez, los patrones de conducta que se correlacionan con aquellas. El objetivo fundamental de la terapia cognitivo-conductual es la identificación, la evaluación y la modificación de los procesos mediadores, y la conducta que acabaría con ellos (Vallejo & Gastó, 2000).

Este tipo de terapias plantea que las cogniciones afectan las emociones y la conducta, por lo mismo se hace un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, y las técnicas y estrategias utilizadas son tanto cognitivas como conductuales. Son terapias de tipo breve y hay una colaboración entre el paciente y el terapeuta (Vallejo & Gastó, 2000).

De acuerdo con Nezu (2006) los meta-análisis demuestran que la terapia cognitivo-conductual para el TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada) produce mejoras significativas que perduran al menos un año después de terminado el tratamiento. La TCC por resultado que 77% de los pacientes dejen de presentar los criterios diagnósticos TAG.

Se sabe que por medio de estudios aleatorios controlados, la terapia cognitivo conductual breve entregada por Internet, puede ser muy efectiva en la reducción de la depresión. Si se observan las ganancias al final de la

intervención a través de programas de Internet, estas se mantienen, después de largos periodos que aún no han sido establecidos definitivamente (Mackinnon, 2008).

Además diferentes estudios muestran que, independientemente de su edad, tanto hombres como mujeres tienen una reacción positiva cuando son tratados con terapia cognitivo-conductual por computadora. Esta puede ser una opción de tratamiento aceptable para una amplia gama de personas (Cavanagh, 2009).

Una investigación de terapia cognitivo-conductual. Basada en internet, altamente estructurada y que comprende lecciones en línea, asignación de tareas y comunicación con el terapeuta vía e-mail, teléfono o foro en línea, realizado con participantes que cumplían el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV, de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social; encontró que la efectividad del tratamiento basado en internet es relativa al tratamiento cara-cara, además de que es una modalidad que a pesar de que utiliza tecnología no necesariamente es sólo para gente joven (Titov, 2010).

De la Rosa (2007) reportó su intervención en una muestra Mexicana de tratamiento cognitivo-conductual vía Internet a pacientes con Trastorno y rasgos de ansiedad, en la que hace uso de herramientas como son: el e-mail, chat, conferencia por audio-chat y videoconferencia. También usó técnicas cognitivo-conductuales, conocidas en la psicoterapia como son: reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, control de emociones, entrenamiento asertivo, entrenamiento en solución de problemas y desensibilización sistemática. En la investigación. Se obtuvo resultados satisfactorios mediante el tratamiento, mostrando los así con diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post realizadas a cada paciente, en los niveles de ansiedad. Sin embargo, también se

mostró una reducción posterior a la intervención terapéutica en los niveles registrados ante las evaluaciones de rasgos depresivos.

- Ciberterapia.

La ciberterapia con un enfoque cognitivo-conductual se ubica dentro de las terapias breves, lo que para muchas personas representa la única posibilidad real de aproximación a psicoterapéutica. Esto implica que a través de este servicio, una porción de la población que se encuentra lejos de cualquier otro tipo de tratamiento psicológico, podrá ser alcanzada y resultará por tanto beneficiada en sus diferentes ámbitos. Las razones para no solicitar tratamiento pueden ser una escasez de terapeutas especializados, largas listas de espera o el alto costo. Las personas en las zonas rurales son especialmente desfavorecidas debido al tiempo que se tardan en recorrer largas distancias. Por lo tanto, uno de los principales desafíos es aumentar la accesibilidad y disponibilidad de tratamientos psicológicos basados en evidencias con la ayuda de herramientas de larga distancia como es el Internet (Carlbring, 2006).

Se puede intervenir de muchas formas; una forma es simplemente escuchar a la persona (debido al reforzamiento positivo que eso conlleva en el sujeto que habla y pregunta). Otra forma de intervención puede ser el hecho de contestar brevemente a lo que el otro nos demanda, implicándose el mismo mecanismo de reforzamiento antes citado, es posible a través de Internet contestar a otra persona en tiempo real, teniendo como resultado un adecuado rapport y una buena comunicación entre el paciente y el terapeuta. (Martínez, 2013).

Si el psicólogo ha determinado utilizar una intervención vía Internet o a distancia lo más importante es decidir qué estrategias facilitarán al paciente para que mejore significativamente. El abordaje cognitivo-conductual facilita la aplicación de estrategias a distancia, porque es una técnica que funciona de

manera satisfactoria en muchos de los casos aplicados en psicoterapia vía Internet.

La mayoría de los tratamientos vía internet, son proporcionados con un enfoque cognitivo-conductual, y desde esta perspectiva se rechaza el principio de sustitución de síntomas, se hace énfasis en el cambio, se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en la sesión y ponerlas en práctica afuera. Activamente se le confronta al paciente para promover el auto cuestionamiento. Mediante este tipo de intervención también se definen objetivos concretos a lograr para saber qué se quiere obtener y hacia donde apunta la terapia (Carreño, 2011).

Actualmente en México, en la Facultad de Psicología de la UNAM, se desarrollan programas de intervención psicológica apoyados por tecnología, a través del laboratorio de enseñanzas virtuales y ciberpsicología (Cárdenas, 2005, en Cárdenas, 2008).

- Terapia en línea por medio de videoconferencia.

Se pueden hallar inconvenientes en el desarrollo de una terapia por Internet o a distancia (no en el caso de la videoconferencia). La sincronía por medio de la video conferencia es relevante en la terapia en línea dado que los pacientes prefieren respuestas inmediatas a sus problemas y no aceptan demoras excesivas en el correo (Bermejo, 1999).

La comunicación sincrónica se caracteriza por un cliente y un terapeuta que se comunican a través de su equipo de cómputo al mismo tiempo, que interactúan entre sí en ese momento. Algunos ejemplos incluyen texto por chat, telefonía de Internet y conferencias de audio y vídeo (videoconferencia). Hay una comunicación en tiempo real, aunque puede ser determinada por factores técnicos, que influyan en las velocidades de transmisión (Carreño, 2011).

Algunos terapeutas simplemente utilizan intercambio de mensajes estándar de correo electrónico con los clientes. Mientras otros psicoterapeutas en línea han desarrollado una variedad de acuerdos de fijación de precios, incluido un plan de mensaje estándar, cargos por tiempo de respuesta, o paquetes de oferta para un número de determinado de sesiones por correo electrónico. Recordando que, la sincronía por medio de la video conferencia es relevante en la terapia en línea dado que los pacientes prefieren respuestas inmediatas a sus problemas y no aceptan demoras excesivas en el correo (Bermejo, 1999).

- Limitantes de la terapia virtual.

1.-Dificultad en el establecimiento de una buena relación terapéutica. Los mandamientos “rogerianos” de congruencia, empática y aceptación incondicional tendrían dificultad en establecerse durante una comunicación por chat (mensajes escritos) en Internet, se precisaría un buen dominio del lenguaje y de la comunicación escrita emocional. En una intervención empleando programas de audio-conferencia podría salvarse fácilmente este inconveniente.

2.-Ausencia de espontaneidad/naturalidad. Difícil de transmitir en una intervención por chat escrito, pero fácilmente superado por medio de la video-conferencia.

3.-Alargamiento de la terapia. Si no se emplea audio durante una comunicación terapéutica por Internet, un tratamiento psicológico puede extenderse en el tiempo excesivamente, ya que el volumen de información que puede ser intercambiado por escrito siempre será inferior y más lento en su transmisión que utilizando un sistema de audio o video conferencia (Bermejo, 2001).

- Ventajas de la terapia virtual:

Un tratamiento mediante comunicación escrita a distancia facilita un análisis más exhaustivo del componente verbal, muy valorado en modelos y escuelas de orientación cognitiva; reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, enfoque de resolución de problemas, psicoterapia cognitiva- narrativa, terapia lingüística de evaluación, etc. (Caro, 1997). Internet favorece la rapidez en la transmisión de información y facilita la comunicación, incluso en personas con déficit de conductas asertivas.

Las personas que viven en lugares remotos o de zonas que carecen de acceso a un terapeuta, personas que trabajan, viajan o que viven en los países donde no gozan de los medios suficientes para consultar a un profesional de la salud mental debido a las barreras del idioma. Las personas que tienen impedimentos físicos, y las personas que los cuidan, representan otro grupo con importantes barreras al visitar a un psicoterapeuta. También los consumidores potenciales que se sienten estigmatizados por el proceso de psicoterapia pueden ser más propensos a buscar ayuda en línea dado que la vergüenza se ve disminuida cuando no se encuentra con el terapeuta cara a cara (Mitchell y Murphy, 1998).

Otra de las ventajas de la terapia en línea que la literatura presenta es la posibilidad de usar el poder del Internet para complementar material pertinente y de fácil acceso a los pacientes. Específicamente enlaces a sitios web, video, documentos y herramientas de evaluación son ofrecidas a través de todas las modalidades de terapia ofrecidos en línea.

2.6 Fundamentos de la Terapia cognitivo-conductual y su aplicación a la intervención en crisis.

A diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis que se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos; La TCC es orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas (Martínez, 2013).

Cabe clarificar que cuando utilizamos la palabra “tratamiento” queremos referirnos a un proceso de intervención (en este caso con técnicas psicológicas) dirigido a modificar una condición patológica o desadaptada y mejorar el estado de la persona que la padece. En definitiva, los tratamientos en los que se aplica la Terapia Cognitivo-Conductual, a diferencia de otras terapias derivadas de otros modelos teóricos, disponen de amplio soporte empírico y se ha demostrado su eficacia y eficiencia para un amplio número de trastornos, no para todos (Trastornos para Ansiedad y Fobias Específicas, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastornos Depresivos, Trastornos de conducta alimentaria), (Martínez, 2013).

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un término general que agrupa un abanico de terapias que, buscando disminuir las conductas y emociones disfuncionales, incorporan intervenciones cognitivas (modificando las evaluaciones y pensamientos) conductuales (modificando el comportamiento) (Carrasco, 2008; Lega, Caballo y Ellis, 2009). Las TCC se caracterizan por tener el elemento cognitivo como componente principal del plan de intervención sea de otro tipo como condicionamiento clásico y expresión de emociones (Dobson & Dozois, 2010).

Los procedimientos orientados a la reducción del estrés y el manejo de la ansiedad pueden aplicarse por medio de las técnicas correspondientes

(psicoeducación, role playing, relajación, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, identificación y expresión de emociones, entrenamiento en resolución de problemas, etc.), (Martínez, 2013).

En estudios se comparó la efectividad de diferentes terapias psicológicas administradas en atención primaria, para trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos, encontrándose que la terapia cognitivo-conductual es altamente efectiva para el tratamiento de estos trastornos (Cape, 2010).

Recientes guías de práctica clínica para depresión y ansiedad, recomiendan la terapia cognitivo-conductual como un equivalente, y en algunos casos un tratamiento más efectivo que la medicación y otro tipo de terapias. Estas guías reconocen los estudios realizados por años, controlados aleatoriamente y que demuestran consistentemente la efectividad de la TCC para la depresión y la ansiedad (Macrodimitis, 2010).

- Técnicas cognitivo-conductual.

Reestructuración cognitiva.

Las personas a menudo no somos conscientes de las ideas que albergamos, en ocasiones muchas de las creencias que poseemos son aprendidas en nuestro núcleo familiar o en la cultura. La técnica de reestructuración cognitiva se centra en identificar primero los pensamientos automáticos distorsionados y suposiciones disfuncionales, ya que como lo planteó Ellis y Abrahms (1986), la mayoría de los problemas emocionales cotidianos proviene de las afirmaciones irracionales que la gente hace sobre sí mismo o sobre las situaciones. Por lo que reestructuración cognitiva se centra en contrarrestar el pensamiento disfuncional y el auto-habla negativa.

De acuerdo con Beck (1976), las personas con trastornos emocionales padecen un exceso de pensamientos aberrantes, falaces o disfuncionales y eso es lo que causa y agudiza sus problemas.

De acuerdo con Ellis y Dryden (1987) y Beck (1976) entre los distintos tipos de pensamiento disfuncional están los siguientes:

- a) Pensamiento dicotómico: pensar en términos absolutos de todo o nada.
- b) Inferencia arbitraria: consiste en extraer una conclusión a partir de una evidencia inadecuada o ausencia de evidencia.
- c) Sobregeneralización: extraer una conclusión general a partir de unos pocos casos.
- d) Magnificación/minimización: se basa en exagerar el sentido o significado de un acontecimiento particular.
- e) Adivinar el futuro: predicción de una respuesta negativa en el futuro.
- f) Descalificación de lo positivo: se minimiza la información positiva que se tiene de la situación o de uno mismo.
- g) Centrándose en lo negativo: se resaltan los aspectos negativos de la situación y se catastrofiza, no se tiene la capacidad de ver los aspectos positivos.
- h) Razonamiento emocional: es real porque se siente.
- i) Perfeccionismo: creer que las cosas tienen que salir perfectas.
- j) 'Personalización: la tendencia de atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no hay elementos para considerar esa relación.
- k) Recuerdo selectivo: sesgo en la información recordada de la memoria de material negativo y que favorece la depresión.

Esta técnica se utiliza para que el mismo paciente llegue al auto descubrimiento de su ideas desadaptativas, para que posteriormente reemplazarlos por otras más funcionales. Para llevar a cabo esta técnica se utiliza el modelo cognitivo de Beck y el modelo de A. Ellis (Ellis, 1974) referente

a la terapia racional emotiva, retomando los aspectos más importantes de ambas.

Para Ellis (Lega, 2009), la causa principalmente trastorno psicológico, es la evaluación poco funcional o irracional que realiza el individuo sobre alguna de las 3AV. El sujeto ejecuta esta evaluación poco funcional a través de exigencias absolutistas y las expresa por los “debo” y “tengo” (DYT) dogmáticos que aplica sobre alguna de las 3AV, por lo que el total de los DYT de un individuo quedan condensados en las 3AV. De estos DYT o exigencias absolutistas se derivan, a su vez, tres conclusiones nucleares irracionales que son creencias evaluadoras: los tremendismos, la baja tolerancia a la frustración y la condenación del ser humano. Por tremendismos se entiende la tendencia a resaltar lo negativo; por baja tolerancia a la frustración, la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación; y, por condenación del ser humano, la tendencia a evaluar como negativa la esencia de uno mismo o de los demás con base en una conducta específica.

- Entrenamiento en relajación.

La relajación constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo psicológico y lo fisiológico interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto. Desde esta perspectiva la activación fisiológica contribuirá tanto a la intensidad como a la cualidad emocional (Caballo, 1991).

En caso del trastorno de ansiedad generalizada se utiliza esta técnica, ya que la ansiedad a menudo se acompaña de respiración superficial y rápida, lo que genera una sensación de mareo y aturdimiento. El propósito del reentrenamiento en respiración es evitar esta hiperventilación, mediante inhalaciones y exhalaciones lentas, controladas y relajantes, ya que no es

posible experimentar ansiedad y estar relajado al mismo tiempo, estas dos condiciones son respuestas antagónicas (Nezu, 2006).

La relajación muscular progresiva, respiración diafragmática y relajación por imágenes positivas guiadas, son algunas técnicas de relajación que pueden utilizarse en la modalidad vía Internet, se recomienda al usuario que estas se practiquen con frecuencia para disminuir la tensión y reducir los síntomas de ansiedad. Estas técnicas de relajación constituyen parte importante del proceso terapéutico, ya que minimizan los estresores que impiden enfrentar la situación. Un aspecto importante a tener en cuenta es el sentido de control que las técnicas de relajación tienen sobre la ansiedad, mediante la cual cada individuo logra darse cuenta de que posee una forma de moderar sus reacciones ante la experiencia ansiógena (Carreño, 2011).

Además la práctica de la relajación ayuda a incrementar los niveles de energía y productividad, concentración, memoria, espontaneidad, así como una reducción de la fatiga e insomnio (Amutio, 1998).

- Identificación de emociones.

Las emociones negativas intensas son muy dolorosas y pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción (Beck, 2005). Por lo regular los pacientes deprimidos experimentan emociones polarizadas, sobre todo en un sentido negativo, lo que incrementa su malestar general.

Beck (2005) menciona que el terapeuta no desafía al paciente ni discute sus emociones, sino que evalúa los pensamientos y creencias disfuncionales que subyacen en el malestar, para reducir la distrofia. Una vez que se emplea la técnica de reestructuración cognitiva, se muestra al paciente la forma en que las cogniciones o pensamientos que un individuo tiene ante cada situación generan

emociones en la persona, las cuales muchas veces son desconocidas. Sin embargo, mediante el tratamiento terapéutico se enfatiza la necesidad de identificar la emoción que genera cada pensamiento, en particular los pensamientos irracionales, y a su vez las sensaciones que esa emoción provoca en la persona, por lo regular desagradables, pudiendo de esta forma darse cuenta que si se modifica el pensamiento la emoción también cambia. Por otro lado, se enseña al paciente que no hay emociones buenas o malas, pero es de vital importancia expresarlas y controlarlas para no dañar a otros.

- Psicoeducación.

Es la enseñanza a distancia, abierta y flexible, basada en el uso de las nuevas tecnologías y aprovechando el uso del Internet (Azcorra, Bernardos, Gallego y Soto, 2001).

De acuerdo a Rebolledo y Lobato (1997), la psicoeducación es un aprendizaje acerca del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene como objetivo, orientar y ayudar al paciente a identificar con entendimiento y claridad el problema, para acordar, en forma conjunta, la solución o tratamiento a seguir y por ende una mejora en la Calidad de Vida.

La técnica de psicoeducación, es un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de una forma más adaptativa. (Martínez, 2013).

Los pacientes que presentan trastornos por ansiedad, se ven particularmente favorecidos por la técnica psicoeducacional, que abarca (Bulacio y Vieyra, 2003):

1) Contenidos “psicólogos”: Esto implica un conocimiento teórico general para el autoconocimiento del paciente, a nivel racional, emocional y conductual.

2) Procedimientos: herramientas, estrategias y técnicas psicológicas aplicables.

Terapia cognitivo conductual en intervención en crisis.

La tarea del terapeuta desde este enfoque en su diagnóstico. Evalúa los procesos desadaptativos y consecuente, organizando las experiencias de aprendizaje que modifican las cogniciones y, a su vez, los patrones de conducta que se correlacionan con aquellas. El objetivo fundamental de la terapia cognitivo-conductual es la identificación, la evaluación y la modificación de los procesos mediadores, y la conducta que varía con ellos (Vallejo & Gastó, 2000).

Una revisión sistemática de pacientes con ansiedad y depresión muestra resultados favorables en la intervención cognitivo-conductual mostrando mayor efectividad que otros tratamientos (Conventry & Gellatly, 2008).

La psicoterapia vía Internet es de forma básica de tipo cognitivo-conductual, debido a que ésta emplea tareas que se deben hacer en casa y permite que el paciente desarrolle las habilidades para el manejo de sus cogniciones, conducta y emociones. El abordaje cognitivo-conductual facilita la aplicación de estrategias a distancia. (Moreno, 2009).

El paciente puede ser enseñado por correo electrónico a emplear diversas estrategias cognitivas: entrenamiento en resolución de problemas, inoculación de estrés, terapia cognitiva para la ansiedad y depresión, etc. Por otro lado hay algunos procedimientos que claramente son muy difíciles de

implementar por Internet como el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), sino es mediante el recurso a una videoconferencia de alta calidad. (Bermejo, 1999).

2.7. Trastornos asociados a la crisis.

- Ansiedad.

Las personas que experimentan ansiedad tienen una sensación de peligro anticipado, es la reacción más profunda ante la amenaza real o imaginada contra la integridad de la propia persona. Sus manifestaciones son la inquietud motriz e irritabilidad generalizada. En un grado intenso se considera una condición patológica que altera la tranquilidad, el equilibrio emocional y la cantidad y calidad en las relaciones interpersonales. (Álvares, Cruz y Kleizer, 2007).

Cuando la ansiedad se transforma en el centro de la atención, el afectado podemos hablar de la presentación de trastornos ansiosos específicos: A) Trastorno de ansiedad generalizada; B) Trastorno obsesivo compulsivo; C) Fobias; D) Ataques de pánico y E) Estrés postraumático.

La ansiedad es un mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha conductas de defensa y que aparece ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro real para el propio sujeto, o que sea interpretada como tal. La ansiedad patológica se diferencia de la normal por su intensidad, pero no por la emoción misma. Es así que la ansiedad como síntoma representa desde la emoción normal hasta la patológica, la cual supera los límites adaptativos y afecta el rendimiento y la funcionalidad psicosocial (Vallejo y Gastó, 2000).

Dentro de la ansiedad patológica, se hablará en específico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el cual se caracteriza por una preocupación patológica que va de un tema a otro. La gente con TAG atiende de forma selectiva los estímulos personalmente amenazadores y, por lo general, anticipa resultados negativos a pesar de que exista una escasa probabilidad de que eso ocurra. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad no corresponden con la posibilidad o efectos reales del suceso temido. Tan solo mencionar que es improbable la ocurrencia de él (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Los adultos con TAG a menudo se preocupan por circunstancias cotidianas como posibles responsabilidades laborales, financieras, de salud o familiares. Si bien el contenido de las inquietudes es similar entre quienes padecen TAG y las poblaciones no clínicas, la de los primeros es más profunda. Algunas características asociadas con este trastorno de ansiedad son el efecto negativo, disfunciones somáticas o sexuales y un estilo de personalidad ansioso o dependiente (DSM-IV, 1994).

Sintomatología.

Según Vallejo y Gastó (2000), la ansiedad patológica, tanto si forma parte de un síndrome ansioso específico como de otro trastorno psiquiátrico o médico, puede manifestarse a través de diferentes síntomas, que podemos agrupar en varias áreas:

- a) Área emocional: La ansiedad se manifiesta por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, vivencias amenazantes, aprensión, sentirse atrapado o al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada.

b) Área cognitiva: Existen preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o imaginadas del presente o del futuro inmediato; (expectación aprensiva) anticipación del peligro de que algo malo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las circunstancias del entorno, ideas de inseguridad e impotencia y una hiper-vigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales.

c) Área conductual: Suele estar presente una inquietud psicomotora, tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de impotencia y de sobrecarga tensional, que a diferencia del depresivo tiene la capacidad de calmar y relajar al paciente, y conductual de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma. Puede también existir agitación psicomotora.

d) Tensión motora: El sujeto con ansiedad presenta temblores, sobresaltos, estremecimientos o sacudidas musculares, tensión dolores musculares, cefaleas, debilidad de cansancio e incapacidad para relajarse. También se detecta parpadeo frecuente, ceño fruncido, cara tensa y marcha inestable. La característica común subyacente es un aumento del tono muscular estriado.

e) Área somática: Existe una hiperventilación automática que se traduce en la presencia de síntomas:

Cardio-circulatorios (palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, hipertensión arterial). Respiratorios (disnea o dificultad respiratoria, sensación de ahogo o asfixia, hiperventilación, suspiros y bostezos). Sensoriales (mareos, sensación de inestabilidad, visión borrosa, midriasis, parestesias, despersonalización-desrealización). Digestivos (disfagia nudo en la garganta, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento). Vegetativos (febrícula, sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración sequedad de mucosas, manos frías húmedas). Instintivos

(insomnio de conciliación y mantenimiento, pesadillas anorexia, hipofagia).

Si bien, la preocupación es un componente básico de todos los trastornos de ansiedad y de otros trastornos de Eje I (Trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia; Delirium, Amnesia, Trastornos amnésicos o Trastornos cognoscitivos, Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, Trastornos relacionados con sustancias, Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad, Trastornos somatomorfos, Trastornos facticios, Trastornos disociativos, Trastornos sexuales y de la identidad sexual, Trastornos de conducta alimentaria, Trastornos del sueño, Trastornos adaptativos u otros problemas que pueden ser de atención clínica), la que se presenta en el TAG es más amplia, frecuentemente excesiva e incontrolable. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

De acuerdo con Vallejo y Gasto (2000), la edad de inicio en la que suele presentarse dicho padecimiento es en la adolescencia, aunque puede ser muy variable. El curso comúnmente es crónico, con intensidad fluctuante.

Diagnóstico.

La sección de los trastornos de ansiedad de Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), Incluye la crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, así como el inducido por sustancias y el no especificado.

En este capítulo el diagnóstico de interés es sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), de acuerdo al DSM-IV (APA, 1994) los criterios diagnósticos para dicho trastorno son:

(A). ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.

(B). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación.

(C). La ansiedad y la preocupación se acompaña de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales).

(D). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no si limitan a las que son propias de otros del Eje 1 (Trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia; Delirium, Amnesia, Trastornos amnésicos o Trastornos cognoscitivos, Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica Trastornos relacionados con uso de sustancias, Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad, Trastornos somatomorfos, Trastornos facticios, Trastornos disociativos, Trastornos sexuales y de la identidad sexual, Trastornos de conducta alimentaria, Trastornos del sueño, Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados, Trastornos adaptativos u otros problemas que pueden ser de atención clínica), como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejad de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el trascurso de un trastorno por estrés postraumático.

(E). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una

evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

(F). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La intensidad, duración o frecuencia de la aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temido. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. eje., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros. (DSM-IV, 1994).

A

la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastornos de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (p. ej., manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, polaquiuria (aumento de la frecuencia miccional), problemas para tragar o quejas de tener algo en la garganta y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes. (DSM-IV, 1994).

También el trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastornos de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (p. ej., dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (p. ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV, 1994).

La terapia cognitivo-conductual en los últimos años ha adquirido mayor dominio en el tratamiento de trastornos afectivos y de ansiedad, por su alta eficacia; siendo además ésta la que posee características que permiten cierta flexibilidad y ajuste logrando así ser proporcionada mediante la modalidad vía Internet, permitiendo la evaluación sistemática antes y después del tratamiento. (Carreño, 2011).

Los procedimientos orientados a la reducción del estrés y el manejo de la ansiedad pueden aplicarse por medio de la aplicación de las técnicas correspondientes (psicoeducación, role playing, relajación, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, identificación y expresión de emociones, entrenamiento en resolución de problemas, etc.). (Carreño, 2011).

En estudios se comparó la efectividad de diferentes terapias psicológicas administradas en atención primaria, para trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos, encontrándose que la terapia cognitivo-conductual es altamente efectiva para el tratamiento de estos trastornos (Cape, 2010).

- Depresión.

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes entre los problemas de salud mental, sin embargo, experimentar un episodio depresivo mayor es diferente a sentir tristeza, la principal diferencia estriba en un grupo de síntomas que persisten por un período de al menos dos semanas. (Nezu, Maguth y Lombardo, 2006).

Síntomas de la depresión:

- a) Psíquicos: estado de ánimo con tristeza; pérdida de interés; llanto; desesperanza; abatimiento; pérdida de la autoestima; sentimientos de culpa; ideas o actitudes autopunitivas o suicidas. Puede manifestarse con irritabilidad; inseguridad; frustración o temor catastrófico.
- b) Físicos: alteraciones del apetito con modificaciones en el peso; insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotor; astenia y falta de energía; pobre concentración y enlentecimiento del pensamiento.

Clasificación de la Depresión:

- Depresión unipolar (episodios de depresión sin ningún episodio de manía)
- Distimia (la forma de trastorno depresivo más leve y que incapacita menos. Tiene una duración prolongada)
- Depresión grave (estado de ánimo deprimido con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, presentan algunos síntomas psicóticos y delirios) (Sarason, 1996).

Sintomatología.

A continuación se describe la sintomatología presente en el trastorno depresivo mayor de acuerdo a lo establecido por el Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), La cual se agrupa en dos áreas:

- a) Emocionales-cognitivos: Los pacientes presentan un estado de ánimo depresivo (sentimientos de tristeza o vacío), sentimientos de poca valía o culpa, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte e idea suicida.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado o desanimado. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada en la entrevista. Muchos pacientes refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia) (DSM-IV, 1994).

Por otro lado, el sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor, preocupaciones o rumiaciones de culpa referidos a pequeños errores pasados. Las personas deprimidas suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. (DSM-IV, 1994)

Muchas personas con este padecimiento refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. También son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, hasta los pensamientos transitorios pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. (DSM-IV, 1994)

- b) Conductuales: Se observa una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, de modo que dejan de realizarlas, insomnio o hipersomnia, pérdida significativa del peso, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía.

En algunos pacientes con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Los pacientes pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que han perdido el interés, o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o deseo sexual.

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse); también se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentes, las personas deprimidas se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el paciente acude en busca de tratamiento. (DSM-IV, 1994)

Los cambios psicomotores incluyen: agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). También es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una

persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. (DSM-IV, 1994)

El hecho de que la depresión sea un trastorno psicopatológico complejo, caracterizado por la existencia de síntomas tanto somáticos como emocionales, conductuales y cognitivos, nos lleva a considerar la posibilidad de intervenir mediante un abordaje psicológico sobre aquellos aspectos no estrictamente somáticos del síndrome, sin embargo, es necesario primero delimitar un diagnóstico exacto para poder proceder con una intervención psicológica. (DSM-IV, 1994)

Diagnostico.

La sección de los trastornos del estado de ánimo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, entre estos se encuentra el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. La asociación de trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico es tan elevada que muchos autores se plantean si en realidad son dos trastornos diferentes, como se defiende en los DSM al clasificarlos en dos aparados distintos, de hecho es una misma patología que varía solo en gravedad y duración, lo cual significaría que las diferencias son más cuantitativas y que la distimia es una variante del TDM (Gallejo y Gastó, 2000).

Respecto al trastorno distímico el (DSM-IV, 1994) establece que la característica principal es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Dicho estado de ánimo es descrito como triste o desanimado. También es necesaria la presencia de otros dos síntomas de los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y

sentimientos de desesperanza. Quienes presentan trastorno distímico pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismo como poco interesantes y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismo como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana, pueden pasar desapercibidos por los demás o no ser referidos y asumirlo como la forma de ser de la persona.

A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas no deben ser superiores a 2 meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Además, es importante tener en cuenta que no se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaníaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. Asimismo no se debe establecer el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante, Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a lo efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica y los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1994), el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, para diagnosticar un episodio depresivo mayor, es necesario la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas, cada día durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer, además de

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día, (4) insomnio o hipersomnia casi cada día, (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día, (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día y (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Además es importante tener en cuenta que los síntomas no cumplan el criterio diagnóstico para episodio mixto, que los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, así como que estos no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica, así como la presencia de duelo.

Autores han probado el ejercicio de la terapia cognitiva por medio de los equipos de cómputo, encontrando que es tan eficaz como el tratamiento tradicional cara-cara para la depresión. Además el material presentado en una sesión puede proporcionarse a través de internet, lo que permite a los participantes trabajar sobre el tratamiento en casa (Wright, 2005).

La terapia cognitiva, desarrollada por A. Beck, y aplicada inicialmente al tratamiento psicológico de la depresión. La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado basado en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que tiene derecho el individuo de estructurar su mundo (Beck, 1983).

En palabras de Beck y Shaw (1981) el sujeto analiza de forma errónea el ambiente que le rodea, Ellos plantean algunos tipos de errores lógicos que comete con frecuencia la persona con depresión: conclusiones arbitrarias, abstracción selectiva, generalización y maximización de lo negativo, así como minimización de lo positivo.

Recientes guías de práctica clínica para depresión y ansiedad, recomiendan la terapia cognitivo-conductual como un equivalente, y en algunos casos, un tratamiento más efectivo que la medicación y otro tipo de terapias. Estas guías reconocen los estudios realizados por años, controlados aleatoriamente y que demuestran consistentemente la efectividad de la TCC para la depresión y la ansiedad (Macrodimitris, 2010).

Lo que se pretende es hacer una intervención a distancia en el menor tiempo para que las víctimas de extorción y secuestro no desarrollen síntomas o estrés post-traumático.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Justificación.

En el ámbito nacional, se realizan una serie de acciones específicas enfocadas en la protección y atención a las víctimas del delito. Sin embargo, en esta era de globalización e internet, la situación victimológica se vuelve más compleja debido al aumento en la tasa de delitos menos tradicionales como la estafa a gran escala de consumidores y la ciber-criminalidad. Esta situación propicia el surgimiento de un nuevo grupo de víctimas para las cuales no existe un sistema de atención psicológica especializada capaz de atender la creciente demanda. Por esta razón se resalta la importancia de la implementación de programas de intervención psicológica en crisis que se apoyen en nuevas herramientas tecnológicas, como los teléfonos inteligentes o las computadoras con acceso a internet para realizar las video llamadas, que sirvan como canal de atención en tiempo real a las víctimas del delito y que coadyuven en la prevención de secuelas asociadas con la extorsión y el secuestro.

La extorsión telefónica y el secuestro ocasionan serias consecuencias psicológicas en las víctimas y en sus familiares; son un problema de gran impacto social en el país. Esta modalidad de delito frecuentemente se realiza con fines extorsivos y las víctimas son privadas de su libertad por períodos de tiempo que oscilan entre las horas (por ejemplo el secuestro exprés) y los años. Desde esta perspectiva, es importante comprender que las principales secuelas psicológicas asociadas con este tipo de delito se relacionan al Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).

Problemas de economía, delincuencia organizada, secuestros, extorsiones y desastres naturales hacen evidente la necesidad de contar con programas de atención a la población afectada, dado que las estadísticas marcan que México es el número uno en llamadas de extorsión. En la actualidad

se viven un problema grave de seguridad pública asociada a la extorsión y secuestro.

En el campo de la psicología se ha desarrollado una serie de estrategias terapéuticas con la finalidad de brindar atención a las víctimas de desastres naturales. Estos programas se enfocan principalmente en el tratamiento de problemas asociados con el TEP provocados por sucesos las siguientes características principales: tener un carácter repentino, un impacto poderoso sobre la calidad de vida de la víctima y sus familiares, percepción de incapacidad de control, pérdida de confianza de las víctimas y sus familiares y persistencia de los efectos.

También cabe destacar que las modalidades de atención psicológica para la atención de crisis se han modificado de acuerdo al perfil, cada vez más complejo, de los usuarios, pasando desde la atención cara a cara y la atención telefónica, hasta los modelos de atención *on line (en línea)*.

Pese a que actualmente existe experiencia suficiente para la atención de personas en crisis a partir de los modelos de intervención en crisis y la implementación de servicios de atención en línea para víctimas de delito o desastres, no existe un programa que se ocupe de dar atención específica a las víctimas y/o familiares de extorsión telefónica y secuestro.

Con base en lo anterior, la presente propuesta tiene como finalidad la realización de un taller de capacitación para Personal de Emergencia en línea: telefónica o internet, para que los participantes conozcan las características necesarias para llevar a cabo una intervención en crisis con víctimas y/o familiares de extorsión telefónica o secuestro. La propuesta combina el conocimiento y uso de modernas tecnologías de la comunicación (teléfono inteligente y computadora) y el dominio de las técnicas cognitivo conductuales en el apoyo de víctimas de secuestro o extorsión y sus familiares. El propósito

general de este proyecto es brindar atención adecuada a este rubro de la población de una manera eficaz y oportuna, y prevenir de este modo la perpetuación de secuelas asociadas al TEP.

Capacitación en modelos y técnicas para una intervención certera en línea a víctimas de extorsión y secuestro.

Objetivos del Taller.

Objetivo General.

- Al término del taller, los profesionales que fungen como personal de atención telefónica en crisis, **conocerán** los lineamientos de los modelos de intervención en crisis necesarios para brindar un adecuado apoyo asistencial a las víctimas de extorsión y secuestro, apoyándose en unas herramientas tecnológicas para lograr una intervención en tiempo real.

Objetivos específicos.

Identificar los diferentes modelos de intervención en crisis.

Discriminar entre los modelos de intervención en crisis y los modelos que utilizan actualmente en su actividad laboral.

- Seleccionar el modelo y/o técnica adecuada para intervenir en casos de secuestro y/o extorsión.
- Comprender la importancia de aplicar los modelos de intervención en crisis como método preventivo de otros cuadros de salud mental.
- Brindar apoyo psicológico inmediato y a distancia de manera efectiva en tiempo real a las víctimas de extorsión telefónica o Sextorsión, que se encuentren en situación de crisis por medio de las herramientas tecnológicas.

Población a la que va dirigida la Propuesta.

Profesionales de la carrera de psicología: practicantes, prestadores de servicio social, estudiantes de la carrera de sexto semestre para arriba y personal de emergencia que fungen en la atención telefónica en crisis.

Lugar o Escenario.

Para operar el presente curso, se requiere de un salón o aula suficientemente iluminada y ventilada, equipada con mesas y movilidad para un grupo de máximo 15 participantes, que cuente con equipo de cómputo conectado a Internet, pantalla y cañón.

Procedimiento.

Para lograr los objetivos planteados, tanto las actividades como los contenidos están divididos en tres módulos:

1) La intervención en crisis en el contexto del secuestro y la extorsión;

*Conceptos generales de extorsión y secuestro.

*Conceptos generales de intervención en crisis.

*Síntomas de crisis por llamadas de extorsión (secuelas).

*Trastornos asociados a la crisis ansiedad y depresión.

2) Modelos psicológicos de intervención en crisis;

Modelos psicológicos para la intervención en crisis.

Modelos cognitivo-conductuales para la intervención en crisis.

Técnicas cognitivo-conductuales para la intervención en crisis.

Intervención en crisis presencial.

3) Las herramientas tecnologías y la atención de víctimas de secuestro y sus familiares.

*Intervención en crisis con una base tecnológica, un modelo y una técnica cognitivo-conductual.

Estos se impartirán mediante ocho sesiones con una duración de 2 horas cada una.

La metodología propuesta para cada una de las sesiones demanda del trabajo en equipo y del aprendizaje auto-gestivo con objeto de promover la

experiencia de los participantes en relación a la atención, evaluación e intervención en crisis con personas que hayan sido víctimas de secuestro o extorsión y/o sus familiares en el que el facilitador empleará 3 etapas como estrategia de enseñanza- aprendizaje:

1. Teórica.
2. Modelos y técnicas de intervención en crisis.
3. Práctica de intervención en crisis y con nuevas tecnologías.

Sesiones.

- 1 Conceptos generales de intervención en crisis, extorsión y secuestro.
- 2 Síntomas de crisis por llamadas de extorsión (secuelas).
- 3 Trastornos asociados a la crisis ansiedad y depresión.
- 4 Modelos psicológicos para la intervención en crisis.
- 5 Modelos cognitivo-conductuales para la intervención en crisis.
- 6 Técnicas cognitivo-conductuales para la intervención en crisis.
- 7 Intervención en crisis presencial.
- 8 Intervención en crisis con una herramienta tecnológica.

Carta descriptiva.

Objetivo específico: Comprenderá el participante los conceptos generales que identifican a la intervención en crisis en el ámbito psicoterapéutico.						
Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Sesión 1 Intervención en Crisis. Conceptos Generales	Introducción	Exposición Oral por el facilitador.	Hojas blancas Plumas	15 min		Facilitador
	Presentación de los integrantes	Redacción por cada participante, expondrá su interés en participar en el presente curso	Micrófono o equipo de audio	20 min	Exposición grupal	Facilitador
	Antecedentes y definición	Exposición Oral por el facilitador	Cañón Laptop Pizarrón Plumones	25 min	Mapa conceptual	Facilitador
	Dramatización	Los participantes se dividirán en equipos de 3 personas y realizarán una		40 min	Observación de la práctica por instructor	Facilitador

		intervención en crisis				
	Conclusiones	Mesa redonda	Hojas blancas Lápices	20 min	Ensayo	Facilitador

Continuación de la carta descriptiva

Objetivo específico: Detectará el participante los Síntomas de crisis por llamadas de extorsión y secuestro.						
Sesión 2	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Secuelas de la Extorsión en víctimas o familiares	Inducción por lluvia de ideas	Cada participante aportará al menos una opinión acerca de las secuelas	Pizarrón plumones	20 minutos	Una lista de las secuelas de extorsión	Psicólogo o con características profesionales para impartir
	Conceptos Generales	El facilitador proporcionara los conceptos	Laptop, cañón Hojas blancas Plumas	40 minutos	Cuadro sinóptico	
	Exposición de las secuelas por una llama de Extorsión	En una mesa redonda debatir las secuelas	Laptop, cañón, Hojas blancas Plumas	40 minutos	Cuestionario	
	Conclusiones	Participación individual oral de 2 características de las víctimas de Extorsión y/o familiares	Hojas blancas Plumas	20 minutos	Exposición Oral	

Continuación de la carta descriptiva

Objetivo específico: Identificará el participante los trastornos de ansiedad y depresión.						
Sesión 3	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Identificar los trastornos de ansiedad y depresión	Introducción del tema	Breve explicación de los trastornos de ansiedad y depresión	Laptop Cañón Hojas blancas Plumas	20 minutos		Psicólogo o con características profesionales para impartir
	Exposición	Se mostrará la sintomatología de los trastornos de ansiedad y depresión	Laptop Cañón Hojas blancas Plumas	25 minutos	Cuestionario	
	Exposición	Se mostrará cómo hacer un diagnóstico para identificar ansiedad y depresión	Laptop Cañón Hojas blancas Plumas	25 minutos	Cuestionario	

	Dramatización	Dramatizar los trastornos de ansiedad y depresión		30 minutos	Participación	
	Dudas y comentarios	Mesa redonda		20 minutos	Participación	

Continuación de la carta descriptiva

Objetivo específico: Comprenderá el participante los Modelos psicológicos para la intervención en crisis						
Sesión 4	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Modelos para la intervención en crisis	Introducción de intervención en crisis	Exposición por el facilitador	Laptop Cañón Hojas Blancas	20 minutos		Psicólogo o con características profesionales para impartir
	Modelos de intervención en crisis	Exposición por el facilitador	Laptop Cañón Hojas Blancas	40 minutos	Cuestionario	
	Elaboración de cuadro comparativo	En pareja o grupos de tres desarrollar el cuadro comparativo	Lápiz Hojas blancas Hojas Blancas Plumas	25 minutos	Observación de la práctica	
	Exposición de cuadros comparativos	El grupo debe encontrar similitudes y diferencias de los modelos	Pizarrón Plumones	20 minutos	Preguntas, comentarios	

	Conclusiones	Mesa redonda		15 minutos	Ensayo	
--	--------------	--------------	--	------------	--------	--

Continuación de la carta descriptiva.

Objetivo específico: Comprenderá el participante los Modelos cognitivo-conductuales para la intervención en crisis						
Sesión 5	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Modelos cognitivo-conductual	Introducción de los Modelos cognitivo-conductual	Exposición por el facilitador	Laptop Cañón	20 minutos		Psicólogo o con características profesionales para impartir
	Desarrollo de cada modelo cognitivo-conductual	Exposición por el facilitador	Laptop Cañón blancas Plumas	40 minutos	Participación	
	Elaboración de mapas conceptuales por cada modelo	En grupo de 3 elaborar mapas conceptuales	Hojas blancas Plumas	30 minutos	Preguntas comentarios	
	Exposición de cada modelo cognitivo-conductual	En grupo de 3 exposición por cada modelo	Pizarrón Plumones	20 minutos	Exposición de cada mapa conceptual	

	Conclusiones	Mesa redonda		10 minutos	Ensayo	
--	--------------	--------------	--	------------	--------	--

Continuación de la carta descriptiva.

Objetivo específico: Comprenderá el participante las Técnicas cognitivo-conductual.						
Sesión 6	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Técnicas cognitivo-conductual	Introducción de técnicas cognitivo-conductual	Se explicaran a los participantes en forma breve el objetivo de las técnicas	Laptop Cañón	20 minutos		Psicólogo o con características profesionales para impartir
Reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, identificación de emociones y psicoeducación	Desarrollo de cada técnica cognitivo-conductual	Exposición por el facilitador	Laptop Cañón	40 minutos	Participación	
	Elaboración de mapas conceptuales por cada técnica	En grupo de 3 elaborar mapas conceptuales	Hojas blancas Lápiz	30 minutos	Observación de la practica	
	Exposición de cada técnica cognitivo-conductual	En grupo de 3 exposición por cada modelo	Pizarrón Plumones	20 minutos	Exposición de cada mapa conceptual	

	Conclusiones	Mesa redonda		10 minutos	Ensayo	
--	--------------	--------------	--	------------	--------	--

Continuación de la carta descriptiva.

Objetivo específico: Capacitar al participante en la Intervención en crisis presencial						
Sesión 7	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Capacitar en Intervención en crisis presencial	Introducción del tema	Explicar a los participantes una intervención en crisis completa	Laptop Cañón	20 minutos		Psicólogo o con características profesionales para impartir
	Dramatización	Se organizan los grupos y el roll de cada participante		40 minutos	Participación	
	Experiencia vivencial	Los participantes expresaran las emociones que experimentaron al dramatizar la intervención en crisis		35 minutos	Participación	

	Retroalimentación	Mesa redonda		25 minutos	Participación	
--	-------------------	--------------	--	------------	---------------	--

Continuación de la carta descriptiva

Objetivo específico: Entrenar al participante en intervención en crisis con una herramienta tecnológica						
Sesión 8	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
Intervención en crisis por videoconferencia	Introducción del tema	Breve explicación de la herramienta tecnológica	Laptop con internet y teléfonos inteligentes	20 minutos		Psicólogo o con características profesionales para impartir
	Dramatización	Se organizan los grupos y el rol de cada participante		40 minutos	Participación	
	Experiencia vivencial	Los participantes expresaran las emociones que experimentaron al dramatizar la intervención en crisis		35 minutos	Participación	

	Cierre de la actividad y retroalimentación.	Mesa redonda		25 minutos	Participación	
--	---	--------------	--	------------	---------------	--

DETECCIÓN DE EXPECTATIVAS

(HOJA DE PROCESAMIENTO)

Preguntas que se deberán de responder en cada equipo a nivel individual:

¿Por qué tomó el taller?

¿Qué me gustaría aprender?

¿Qué pienso que me va aportar?

¿Qué me gustaría que ocurriera durante el taller?

¿Qué me gustaría que ocurriera al finalizar el Taller?

Evaluación del Taller

Cuestionario

NO ESCRIBA SU NOMBRE

Fecha: _____

Lugar: _____

1. EVALÚE LOS ASPECTOS DEL TALLER.	Pobre	Regular	Bueno	Excelente
Duración del Taller	1	2	3	4
Horario del Taller	1	2	3	4
La información empleada es de actualidad	1	2	3	4
La información empleada cumplió mis expectativas	1	2	3	4
El facilitador dominó el tema	1	2	3	4
El facilitador empleó materiales y recursos didácticos	1	2	3	4
El facilitador propició la comunicación y el trabajo en equipo	1	2	3	4
El facilitador demostró seguridad en el empleo de sus conocimientos	1	2	3	4
El lugar fue apropiado para el Taller	1	2	3	4

Cruce el número de acuerdo a su estimación

Escriba sus comentarios:

2. En qué medida...	Pobre	Regular	Bueno	Excelente
Como fue el taller	1	2	3	4
El facilitador convenció con el dominio del el tema	1	2	3	4
Se lograron los objetivos propuestos	1	2	3	4
La información empleada cumplió mis expectativas	1	2	3	4
Recomendarías el presente Taller	1	2	3	4

- ¿Qué le gustó más de este Taller?
- ¿Hubo algo del Taller en que esté en desacuerdo?
- Describa algo importante que aprendió de este Taller.

Pre-test

1. ¿Qué es intervención en crisis?

2. ¿Qué es crisis?

3. ¿Qué es lo que le da continuidad a una crisis?
La pauta del problema

4. ¿Dónde se ubica una crisis?
La pauta del problema

5. ¿Dónde se encuentra la pauta del problema?
En los relatos se repita la experiencia de fracaso

6. ¿Dónde se lleva a cabo la intervención en crisis?
En la realidad concreta del trauma con una corrección de la perspectiva

7. En la cognición donde se desarrolla la intervención en crisis
Modificación del significado del evento traumático

8. ¿Qué tipo de conducta puede manifestar el afectado?
Conducta de riesgo
Evasión de la realidad

Post-test

Escriba falso (f) o verdadero (v)

- | | |
|---|----|
| 1. Conoce la definición de intervención en crisis | SI |
| NO | |
| 2. Identifica a una persona en crisis | SI |
| NO | |
| 3. Identifica la situación sobre la que se va hacer la intervención | SI |
| NO | |
| 4. Identifica si se realizó la intervención en crisis | SI |
| NO | |
| 5. En qué momento se recomienda hacer la intervención en crisis | |
| a) está en crisis | |
| b) está confundido por la extorsión | |
| c) sus familiares no procesan el evento traumático | |
| 6. Como hacer una intervención en crisis | |
| a) Un escucha empática | |
| b) aplicar técnicas para tranquilizar al sujeto | |
| c) canalizar a un centro especializado | |
| 7. Cuando se realiza la intervención en crisis | |
| a) está en conflicto emocional | |
| b) se encuentra maniaco | |
| c) está en estado de crisis | |
| 8. ¿Cuál es la definición de secuelas por una llamada de extorsión. | |

9 Número de secuelas que conocen

- a)6
- b)9
- c) 10

10 ¿A qué tipo de población se puede aplicar?

- a) víctimas
- b) víctimas y familiares
- c) solo a familiares

11 Se puede identificar a la víctima por medio de sus secuelas psicológicas. Si o no

12. Identifica el trastorno de ansiedad sí o no

13. ¿Cuáles son los requisitos que tiene que cumplir para ser dicho trastorno?

14 Identifica el trastorno de depresión sí o no

15 ¿Cuáles son los requisitos que tiene que cumplir para dicho trastorno?

16. El modelo psicológico sirve para realizar una adecuada intervención en una persona en F o V

17. Tienen similitudes los diferentes modelos psicológicos F o V

18. Difieren más del 50 % los diferentes modelos psicológicos F o V

19, ¿Cuántos modelos (C-C) tiene el curso?

Conclusión.

El taller, Modelos y técnicas para una intervención certera en línea. Beneficios que el taller ofrece. Una gama de estrategias para combatir la crisis y tener una resolución de ella. Y se pueda tener un seguimiento a una institución que maneje su padecimiento o Terapia.

Abordar un problema delictivo multidimensional en el aspecto psicológico.

Respecto a las posibles diferencias, que sin duda hay entre la modalidad de psicoterapia vía Internet con la psicoterapia presencial, la primera ha mostrado ser tan eficaz como la segunda, pero con la ventaja de que en esta modalidad las distancias son eliminadas, y los tiempos de consulta se extienden más allá de los horarios tradicionales de los consultorios psicológicos, “flexible” el horario de consulta puede llegar a ser 24hrs. Por ser servicio de intervención en crisis y el uso de la nuevas tecnologías con los teléfonos inteligentes.

Esto redunda en un beneficio extraordinario para los pacientes porque pueden tener acceso a psicoterapia en lugares alejados e incluso en otros países, y casi en cualquier horario. Con ello se puede tener acceso a otro tipo de población que se ve restringida por alguna circunstancia para atender su salud mental. Por ejemplo las personas que trabajan 2 jornadas o todo el día, las personas que no pueden salir de su hogar por diferentes razones, personas que están en otro país o en lugares donde no cuentan con el servicio de un psicólogo. Los tipos de personalidad que son aptos para la terapia en Línea: Personalidad Límite y Personalidad Neurótica.

Este trabajo se apoyó en la tesis “psicoterapia vía internet.” (Martínez, 2013). En el estudio de caso que se expone se observó que la psicoterapia vía Internet es eficaz para casos de trastornos de ansiedad y depresión de leves a moderados con el agregado de que es posible tratar trastornos más complicados (fobia específica) de forma satisfactoria, lo que me lleva a pensar que las potencialidades de la psicoterapia vía Internet se desarrollarán aún más en un futuro cercano.

Los servicios psicológicos aportados por la psicoterapia vía Internet pueden ser un tipo de intervención terapéutica útil para muchas personas por su bajo costo, acceso inmediato y a distancia. A pesar de que se espera un mayor crecimiento en el futuro de la psicoterapia vía Internet, debido a los programas universitarios que cada vez implementan más programas con plataformas tecnológicas y el fácil acceso a la red por parte de la población general, pienso que aún no podrá reemplazar a la psicoterapia tradicional en todos los casos, ya que el tipo de intervención que ofrece no es la indicada para todo tipo de trastornos ni de pacientes, sobre todo en casos severos en donde la terapia cara a cara y el tratamiento psiquiátrico seguirán siendo los más adecuados. Trastorno psicóticos y Trastorno esquizofrénicos.

Quienes apoyan la terapia vía Internet dicen encontrar éticamente responsable la psicoterapia en línea por ser ésta una instancia que ayuda a solucionar un problema psicológico en un período de tiempo relativamente corto y a un precio razonable. Las personas se ven favorecidas además porque no tienen que recorrer grandes distancias para acceder a una atención psicológica adecuada.

Creo que aspectos como la ética, la confidencialidad y la efectividad en la ciberterapia deben ser considerados y desarrollados en un futuro inmediato. Es indudable que las nuevas tecnologías resultarán útiles en este campo, dado que con ellas se reducen costos por transportación, se reducen los tiempos de traslado, se facilita el acceso a una atención psicológica adecuada y se facilita la disponibilidad del servicio para víctimas del delito que pueden encontrar difícil la búsqueda de apoyo fuera del ambiente familiar.

Limitaciones.

Una de las principales limitantes es que no se garantiza la confidencialidad de la computadora al transmitir desde su computadora. Por otra parte es importante resaltar que las tecnologías modernas dependen de la existencia de cierta infraestructura como instalaciones eléctricas, telefónicas lo cual afecta la continuidad de la sesión y complica su reanudación.

Estas limitantes se ven potenciadas cuando la intervención se realiza por videoconferencia o chat ya que se pierde cierta información que cada persona aporta a través de su comunicación no verbal, la cual es de interés en el proceso terapéutico. Por último se debe resaltar que en el paciente no existe la seguridad sobre la habilidad profesional y legal de quien lo atiende, lo cual manifiestan y revestiría un serio peligro a la confidencialidad.

Alcances del taller.

La importancia de una intervención psicoterapéutica es de trascendencia no sólo para lograr una mayor adaptabilidad al medio y de alcanzar una mayor calidad de vida en general, al lograr esto la relevancia de una intervención oportuna también radica en lograr una mayor capacidad para relacionarnos con otros ya sea en pareja, con la familia y con la sociedad. Mantener relaciones interpersonales de buena calidad, tener responsabilidad social, profesional, laboral, familiar y actividades personales.

Uno de los principales alcances es la intervención de manera inmediata y a distancia en línea telefónica o por medio de una llamada de Videoconferencia y si las víctimas se encuentran en un país donde hablan otro idioma y no consigue un psicólogo puede hacer la llamada de Videoconferencia y el costo no es como si fuera de larga distancia.

Algunas recomendaciones o consideraciones para próximas investigaciones acerca de intervenciones clínicas Vía Internet se relacionan con el hecho de evaluar la eficacia y el alcance de esta modalidad de intervención. Así mismo, se debe comprender que, al igual que con la gran mayoría de usos de las nuevas tecnologías de la información, la normatividad legal que rigen este rubro están muy lejos de ofrecer un marco de regulación para garantizar que estas intervenciones corran a cargo de profesionales de la salud debidamente capacitados. Por ello se deben ejercer políticas de intervención psicológica que garanticen a los usuarios la atención por parte de este tipo de profesionales.

Referencias.

- Aguilar, G. (2004). Intervención en crisis para víctimas de secuestro. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, H.M. (2005). *Aspectos sociales y jurídicos del secuestro*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Derecho. Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychiatric Association, (APA), (1994). DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (F. Tomás, et al., Trad.). (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2001, Diciembre de 2002.
- Austin, timothy (2008). "Coping with Payola: Field ventures from Mundano", en *Human Organization*, vol. 67, no. 2, págs. 173-180.
- Beck, A., (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1983). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno, 1986.
- Benítez, R. Molina, A., (2010). Estilos de afrontamiento ante el estrés en estudiantes de la carrera de psicología de la UNAM. Un estudio comparativo, Tesis,
- Besares, M.A., (2003). El secuestro: análisis dogmático y criminológico. México: Porrúa
- Bermejo, (1999): Adicción a internet. Revista Información Psicológica. Núm. 70, 27-30. Valencia.
- Bergman, Marcelo. Sarsfield, Fondevila, (2008). Encuesta de victimización y eficacia institucional, CIDE, México.

Botello, Y. (2004, agosto 24). Secuestros Inc., la nueva industria sin chimeneas de México. Recuperado junio 27, 2010 de http://www.matices.de/43/mexico_secuestros/

Camacho P. (2011). Revisión bibliohemerográfica del estrés postraumático como consecuencia de un desastre y los modelos de intervención más utilizados. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Americana de Acapulco.

Canela, M.A. (2006). El secuestro como un problema de seguridad pública u seguridad nacional. Tesis de Maestría. Facultad de Estudios Superiores Acatlán. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, R., Flores, L. (2005). Psicoterapia en línea, Manual del terapeuta, Facultad de Psicología, México.

Caro, Isabel (comp.) (1997): Manual de psicoterapias cognitivas. Editorial Paidós Barcelona.

Carrasco, I. (2008). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J. A. Cruzado, M. Muñoz, F.J. Labrador, J.A. Cruzado, & M. Muñoz (Edists.), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (14 ed., pág. 910). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Carreño. V. (2011). Resultados de la intervención psicoterapéutica Cognitivo-Conductual Vía Internet en pacientes con depresión y/o ansiedad, Informe de prácticas Profesionales, Facultad de Psicología, UNAM.

Carrión, B.; Hellín, M.; Rodríguez Vega, B. Y Suárez, T. (1989). Primer contacto de la familia con un miembro psicótico y la institución pública. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 11:29, 295-300.

Castro, J y Núñez, F. (1998). Monografía del Delito de Secuestro. Colegio Interamericano de Defensa, 10, (1, N° de Serie 37).

Cater, J.A., Beckey, J.C., Greenhalgh, L., Holland, A.W., & Hegel, M.T., (2005). Recuperado en An interactive media program for managing psychosocial problem son long-duration space flights. Aviation, Space and Environmental Medicine, 76 (6, Suppl.), B213-B223.

Cavanagh, K., Shapiro, D. A., van Den Berg, S., Swain, S., Barkman, M., y

Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer-Aided Cognitive Behavioral Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 235-246.

Cazabat, E. (2002). "Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico" *Revista de psicotrauma para Iberoamérica*, Vol. 1, p.38 Buenos Aires.

Centro de llamadas del Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y Procuración de Justicia de la Ciudad de México, diciembre de 2007 a agosto de 2008

CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, Organización Mundial de la Salud, Madrid (2002).

Correa, O. (2010). La realidad social del delito de secuestro tipificado en el código penal del estado de Veracruz. Tesis de Licenciatura. Facultad de Derecho Universidad Villa Rica. México.

Correche, M. y Labiano, L. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Fundamentos en humanidades*, vol. 4, número 007-008. Universidad nacional de San Luis, Argentina pp. 129-147

De La Rosa, A. (2007). Resultados de la intervención psicoterapéutica vía Internet para pacientes con trastornos de ansiedad. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Dobson, K. S., & Dozois, D. A. (2010). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapy. En K.S. Dobson, & K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3a. ed., págs. 3-38). New York, USA: The Guilford Press.

Domínguez, T.B., Valderrama, I. P., Olvera, L. Y., Pérez, R. S. L., Cruz, M. A., y González, S. L. M. (2002). *Manual para el taller teórico-práctico de manejo del estrés*. México. Ed. Plaza y Valdés.

Dryden, Windy & Yankura, Joseph (1999). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT, por sus siglas en inglés). Casos ilustrativos*. Biblioteca de Psicología.

El Seminario. (2008, Agosto 25). MySpace, Hi5 y Facebook usadas por secuestradores en México. Recuperado junio 22, 2010 de: http://www.elseminario.com.mx/news/news_display.php?story_id=9679

Ellis, A. y Abrahms, E., (1986). Terapia racional emotiva (TRE) Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: Pax. Pp. 30-65.

Ellis, A. y Dryden, W. (1987). Práctica de la terapia racional-emotiva. Bilbao, Desclée de Brouwer.

Ellis, A. y Grieger, R. Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer, 1977.

García, A., (2008). Ciberterapia: Transformaciones de la terapia clínica en la era digital. Tlalnepantla, Estado de México: Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.

Góngora, G., (2005). Evolución del secuestro en México y las decisiones del poder judicial de la Federación en la materia. México: Porrúa.

Guzmán Gutiérrez, Liliana & Aristizábal Páez, Martha Lucía (2002). *Una respuesta humana ante el secuestro* (pp. 75-76). Bogotá: Centro Nacional de Atención a Familias Víctimas del Secuestro (Fondelibertad).

Horowitz, M.J. (1988). Introduction to psychodynamics, a new synthesis. Londres: Routledge.

Levin, Michael (1999). "Blackmail", en *Criminal Justice Ethics*, vol. 18, No. 2, págs. 11-18.

Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad. AC. (2008). Secuestro. Tipos y cifras en México. México, D.F.: ICESE.

Kshetri, nlr (2005). "Hacking The Odds", en *Foreign Policy*, Nro. 148, mayo-junio, pág. 93.

Legal, I., Caballo, E., & Ellis, A. (2009). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual (2ª ed.). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Litz, B, T., Engel, C. C., Bryant, R. A. y Papa, A. (2007). A Randomized,

controlled proof-of-Concept Trial of an Internet-Based, Therapist-Assisted Self-Management Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of psychiatry*. 164 (11), noviembre, pp. 1676-1683.

Los, M (2003). "Crime in transition: the post-communist state, markets and crime", en *Crime, Law and Social Change*, No. 40, págs. 145-169.

Mackinnon, A., Griffiths, K. and Christensen, H. (2008). Comparative randomized trial of online cognitive-behavioral therapy and an information web site for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 14-30.

Martínez L. J. (2013). "Psicoterapia Vía Internet, Una opción para nuestro tiempo". Informe de Prácticas Profesionales. Que para obtener el grado de Lic. En Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Martinón, G. (2008). El delito de secuestro. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada.

Mehlum, Karl ove moene -torvIK, ragmar (2002). "Plunder and Protection Inc.", en *Journal of Peace Research*, vol. 39, No. 4, págs. 447-459.

Méndez, X., Olivares, J., & Moreno, P. (2008). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares Rodríguez, & F.X. Méndez Carrillo, Técnicas de modificación de conducta (5ª ed., págs. 409-442). Madrid, España: Biblioteca Nueva, S. L.

Mitchell, D. L., Y Murphy, L. M. (1998). Confronting the challenges of therapy online: A pilot project. Documento presentado en la reunión de la Seventh National and Fifth International Conference on Information Proceedings of the Seventh National and Fifth International Conference en Information. Victoria, British Columbia,

Moreno, F. (2009). Evaluación de una Intervención en el Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet, Informe de Prácticas profesionales de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Navia, C.A. (2008). Afrontamiento familiar en situaciones de secuestro extorsivo económico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 59-72.

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E., (2006). Formulación de casos y diseño de

tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas.

Parés, M.J., (2007). El delito de secuestro en México. Fundamentos político criminales. México: Porrúa.

Rodríguez Vega, B, A. (1995). Intervenciones Psicoterapéuticas en la Urgencia Psiquiátrica. En Cañas, F. (coord.) Manual de urgencias psiquiátricas de Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Salud, serie Monografías.

Ronchlen, A. B., Zack, J. S., Y Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283.

Rey Acosta, Érica (2009). Protocolo de atención a víctimas y familiares de secuestro y extorsión - Funcionarios Gaula. Centro de Investigación Criminológica, Bogotá.

Reyes, C. (2009). Propuesta psicoterapéutica para atenderá víctimas de secuestro en el Distrito Federal. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma México.

Salgado J. S.G. (2011). Revisión bibliohemerográfica de “efectos psicológicos en víctimas del secuestro tradicional en México”. Tesina que para obtener el título de Lic. En Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Slaikueu, Karl (1993). *Intervención en crisis*. México: El Manual Moderno.

Titov, N., Andrews, G., Kemp, A., & Robinson, E. (2010). Characteristics of Adults with Anxiety or Depression Treated at an Internet Clinic: Comparison with a. A Randomized, controlled proof-of-Concept Trial of an Internet-Based,-of-Concept Trial of an Internet-Based, National Survey and an Outpatient Clinic. *Plos ONE* 5. e10885.doi:10.1371/journal.pone.0010885.

Vallejo, J. Y Gastó, C., (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson.

Villalobos, C. A. (2009). Intervención en crisis en situaciones de desastre: Intervención de primera y de segunda instancia. *Revista médica de Costa*

Rica y Centroamérica LXVI (587) 5-13.

Zepeda, G. (2008). *Índice de incidencia delictiva y violencia*, CIdAC, México D.F.

Bermejo, (1999). Adicción a internet. *Revista Información Psicológica*, Págs. 27-30
Recuperado en <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/>

Azaola, E. (2009). La extorsión telefónica en México <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3999772> Diálogo Político, págs. 207-219 ISSN 1667-314

Mejía, F. (2012) Protege tu aguinaldo, evitando la extensión. Recuperado en <http://www.oem.com.mx/tribunadesanluis/notas/n2801758.htm>

Salgado V. (2010) Creencias y conductas irracionales presentes en familiares y víctimas de secuestro y extorsión. Recuperado en http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminali_Randomized_dad/vol52_2/02creencias.html

Salgado Víctor (2012) Secuestro: Creencias y conductas irracionales
Recuperado en <https://www.eae-publishing.com/catalog/details/store/us/book/978-3-659-03084-0/secuestro:-creencias-y-conductas-irracionales?search=estado%20y%20religi%25C3%25B3n>, Págs. 268.

Salgado, V. (2010) Creencias y conductas irracionales presentes en familiares y víctimas de secuestro y extorsión Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es>

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3405024>

Criminalidad, ISSN-e 1794-3108, Vol. 52, Nº. 2, 2010 , págs. 33-

Echeberrúa, E. & Del Corral, Paz (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas del terrorismo. *Revista de psicología Clínica y Salud*, vol. 15, No. 3.

Organización mundial de la salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. (2011). Modelos de intervención en caso de crisis <http://www.endvawnow.org/es/articles/1419-modelos-de-intervencion-en->

caso-de-crisis.html

CHAMPS (2012) Previenen extorsiones para evitar la pérdida de aguinaldos

Recuperado

en

http://lanotarojadesonora.blogspot.mx/2012_12_09_archeve.html

Ruiz, F. (2004) Claves para la comunicación: la intervención psicológica a través de Internet <http://issuu.com/revistacomunicar/docs/comunicar24/188>
Págs. 188.