



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Terapia Multimodal para la Intervención en Víctimas de

Secuestro

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Talía Gabriela Cruz Morán

Director: Mtra. Claudia Elisa Canto Maya

Dictaminador: Lic. Gustavo Montalvo Martínez

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 09 de junio de 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.

TERAPIA MULTIMODAL PARA LA INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS DE SECUESTRO

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	4
 CAPÍTULO I	
Secuestro	
1.1 Definición	
1.1.1 Etimológica.....	7
1.1.2 Doctrinal.....	8
1.2 Marco legal	
1.2.1 Manual de lucha contra el secuestro de la ONU.....	9
1.2.2 Ley General para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro.....	10
1.2.3 Unidad Especializada en el Combate al Secuestro (UECS).....	11
 CAPÍTULO II	
Teoría de la crisis	
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Influencias teóricas.....	17
2.3 Definición.....	17
2.4 Etapas de las crisis.....	19
2.5 Tipos de crisis	
2.5.1 Vitales.....	22
2.5.2 Circunstanciales.....	29
2.6 Estrategias de intervención	
2.6.1 Intervención de primera instancia: primeros auxilios psicológicos.....	33
2.6.2 Intervención de segunda instancia.....	37
2.6.2.1 Valoración.....	42
2.6.2.2 Perfil CASIC.....	45
2.6.2.2.1 Modalidad Conductual.....	46
2.6.2.2.2 Modalidad Afectiva.....	46
2.6.2.2.3 Modalidad Somática.....	47
2.6.2.2.4 Modalidad Interpersonal.....	47

2.6.2.2.5 Modalidad Cognoscitiva.....	48
2.6.2.3 Tratamiento.....	53
2.3.2.3.1 Supervivencia física.....	54
2.3.2.3.2 Expresión de sentimientos.....	55
2.3.2.3.3 Dominio cognoscitivo.....	57
2.3.2.3.4 Adaptaciones conductuales.....	58

CAPÍTULO III

Víctima

3.1 Definición.....	60
3.2 Consecuencias psicológicas.....	61
3.3 Sintomatología de acuerdo al DSM V.....	65
3.3.1 Trastorno por estrés postraumático.....	66
3.3.2 Trastorno por estrés agudo.....	67
3.3.3 Trastornos de adaptación.....	67

CAPÍTULO IV

Terapia multimodal

4.1 Antecedentes.....	68
4.2 Definición.....	69
4.3 Modales.....	70

CONCLUSIONES.....	72
-------------------	----

ANEXOS

Anexo 1. Síntesis de la valoración de la crisis.....	78
--	----

BIBLIOGRAFIA.....	94
-------------------	----

INTRODUCCION

El delito de secuestro es una actividad que ha tenido un significativo crecimiento en los últimos años en nuestro país, generando ganancias económicas de manera fácil para los secuestradores, sin embargo para la víctima y su familia representa importantes repercusiones en el ámbito afectivo, social, económico, religioso, familiar, etc.

De acuerdo a la cifra oficial contenida en la Incidencia Delictiva del Fuero Común 2017 del Centro Nacional de Información del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública a nivel nacional en febrero de este año se reportaron 92 secuestros y para marzo de este mismo año la cifra incrementó a 101; información que contrasta con el Reporte de la Observatorio Nacional Ciudadano (Asociación Civil) en donde se menciona que en febrero de 2017 se registraron 114 denuncias y para marzo se reportaron 142 denuncias cifras que revelan un alarmante incremento de este delito en nuestro país.

La pérdida de la libertad por el delito de secuestro es un momento crucial para la vida de la víctima y de su familia, después de este hecho no hay marcha atrás, se marca un antes y después de la tragedia, muchas víctimas titulan este momento como la muerte en vida, la muerte suspendida, etc., y es que la diferencia entre vivir o morir depende en muchas ocasiones de situaciones como el pago del rescate, la intervención de la policía, el humor y/o planeación por parte de los secuestradores, etc.

La necesidad de brindar una intervención psicológica de manera oportuna a una víctima de secuestro al ser liberada es inminente, “tiene como objetivo detectar a las personas de riesgo, evitar la aparición o agravación del trastorno y discriminar a las víctimas necesitadas de las no necesitadas para derivar a las primeras a dispositivos asistenciales”. (Echeburúa y De Corral, 2007, p. 378)

Posterior a la liberación de la víctima de secuestro es importante realizar una intervención de primera instancia, la cual se caracteriza por ser de forma inmediata o hasta setenta y dos horas y en una sola sesión, esta brinda apoyo, reduce la mortalidad y conecta con recursos de ayuda; sin embargo para que la crisis se traslabore en su totalidad, es importante brindar a las personas la terapia de segunda instancia denominada por Slaikeu, misma que se realiza días después de los primeros auxilios psicológicos, con el fin de que la experiencia traumática vivida se integre de modo funcional a su vida.

La Fiscalía General del Estado de Oaxaca a través de la Unidad Especializada en Combate al Secuestro (UECS), tiene el deber jurídico de la investigación de este delito, así como de la atención integral de las víctimas, las psicólogas de dicha institución realizan el dictamen pericial en donde valoran el estado emocional de la persona liberada, de esta pericial se desprende que en el apartado denominado sugerencias, la especialista menciona de acuerdo a lo valorado si la persona necesita que se le brinda atención, apoyo u orientación psicoterapéutica de manera urgente.

La atención psicoterapéutica para personas que han sido víctimas de secuestro se ha brindado desde las diversas escuelas de psicología, esta tesis se enfoca a la aplicación del

Perfil CASIC de Slaikeu basado a su vez en la terapia multimodal de Arnold Lazarus, con el fin de determinar en cada una de las áreas que se valora la técnica que mejor se acomoda a las necesidades del paciente.

El objetivo de esta tesis es analizar el Perfil CASIC (Cognitivo, Afectivo, Somática, Interpersonal, Cognoscitiva) y saber si su contenido es aplicable en las víctimas de secuestro y /o en sus familiares que han vivido de cerca la experiencia traumática del secuestro.

CAPÍTULO I

SECUESTRO

1.1 Definición.

1.1.1 Definición etimológica.

Para iniciar el estudio del concepto de secuestro es importante conocer al origen de la palabra, López (2015), refiere en su investigación que la palabra secuestrar se deriva del latín *secuestrare*, vocablo que significa “retener indebidamente a una persona para exigir dinero por su rescate o para otros fines”.

De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española (2014), la palabra secuestro proviene del latín *sequestrum*, que expresa “despojo”.

De acuerdo a Anders (1998) en su página web *Etimologías de Chile*, en el apartado *Diccionario Etimológico* menciona que la palabra secuestro se relaciona con el verbo *sequestrare*, dando por significado “alejar a una persona o cosa de un lugar, sustraerla de ese lugar”. El verbo se deriva de un antiguo adverbio y preposición *secus*, que significa “lejos” o “a lo largo de”.

En su origen la palabra secuestro describe la acción de apartar o alejar a una persona de un sitio, sin mencionar el fin o los motivos que dan lugar a esa conducta.

1.1.2 Definición doctrinal.

Una vez estudiado el origen de la palabra secuestro es importante revisar a diversos autores interesados en el tema, debido a que como bien lo ha señalado Pares (2007) a este delito “se le ha designado de diversas formas: detención arbitraria, plagio, privación ilegal de la libertad, detención ilegal, secuestro extorsivo, robo de personas, raptó, desaparición forzada, provocándose así, una generalizada confusión semántica” (p.31).

El autor De Pina (2004) define este delito como:

La figura delictiva consistente en la privación arbitraria de la libertad personal de un sujeto, o de varios, llevada a cabo por un particular o varios, con el objeto de obtener un rescate o causar perjuicios al secuestrado o secuestrados, o a otra persona con ellos (p.450).

El abogado y jurista mexicano Góngora (2004), menciona que "la palabra secuestro, desde un enfoque jurídico y en estricto sentido, significa la aprehensión a una persona por otra u otras, privándola de su libertad, exigiendo dinero por su liberación" (p.10), este autor, de igual forma, menciona que para aquellas personas fuera del punto de vista jurídico, este delito debe entenderse como:

El 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, lo que implica un sometimiento ilegal

por otra u otras personas consideradas como sujetos activos del ilícito, con el fin de obtener a cambio de su liberación un rescate consistente generalmente en dinero y que puede ser también un beneficio (p.12).

La Organización de la Sociedad Civil denominada Observatorio Nacional Ciudadano (ONC) en su Análisis Integral del Secuestro en México (2004), define esta problemática como “una práctica delictiva extremadamente violenta que consiste en la sustracción, aprehensión o retención de una persona con el objetivo de conseguir a cambio un beneficio económico, político o de cualquier otra índole” (p.13).

1.2 Marco Legal

1.2.1 Manual de lucha contra el secuestro de la ONU

El Manual de Lucha Contra el Secuestro de la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) refiere que “el secuestro es un delito potencialmente mortal que, independientemente de su prevalencia, requiere la aplicación de medidas eficaces para contrarrestarlo” (p.1); plantea, de igual manera, que: “es un delito grave con consecuencias potencialmente dolorosas para las víctimas y sus familias, para las comunidades, los países y, por extensión, para la comunidad internacional” (p.2).

1.2.2 Ley General para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro

A partir de la reforma al artículo 73, fracción XXI, inciso a) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se otorgó al Congreso la Unión la facultad exclusiva para que legislar en materia de secuestro, por lo que desde el 30 de noviembre de 2010 se cuenta en México con la Ley General para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro (LGPSDMS), Reglamentaria de la Fracción XXI del Artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, misma que menciona en un artículo 1º “... que tiene por objeto establecer los tipos penales, sus sanciones, las medidas de protección, atención y asistencia a ofendidos y víctimas, la distribución de competencias y formas de coordinación entre los órdenes de gobierno”

El tipo penal (descripción legal de una conducta típica) de secuestro se compone de dos elementos: un elemento objetivo y un elemento subjetivo específico. El primero es la privación ilegal de la libertad; el segundo elemento es el propósito que se persigue con dicha privación ilegal de la libertad.

Precisamente en el Capítulo II De los Delitos en Materia de Secuestro, el artículo 9º refiere:

Al que prive de la libertad a otro (elemento objetivo) se le aplicarán:

- I. De cuarenta a ochenta años de prisión y de mil a cuatro mil días multa, (pena si la privación de la libertad se efectúa con el propósito de (elemento subjetivo específico):

- a. Obtener, para sí o para un tercero, rescate o cualquier beneficio;
- b. Detener en calidad de rehén a una persona y amenazar con privarla de la vida o con causarle daño, para obligar a sus familiares o a un particular a que realice o deje de realizar un acto cualquiera;
- c. Causar daño o perjuicio a la persona privada de la libertad o a terceros;
o
- d. Cometer secuestro exprés, desde el momento mismo de su realización, entendiéndose por éste, el que, para ejecutar los delitos de robo o extorsión, prive de la libertad a otro. Lo anterior, con independencia de las demás sanciones que conforme a esta Ley le correspondan por otros delitos que de su conducta resulten.

1.2.3 Unidad Especializada en Combate al Secuestro

El creciente índice de secuestros en nuestro país y la exigencia de la ciudadanía para que las autoridades proporcionen resultados contundentes en la lucha contra este delito dan como resultado diversas acciones que se plantearan a continuación.

El ONC en su Análisis Integral del Secuestro en México (2004), detalla brevemente que a finales de la década de los años noventa, las bandas de secuestradores lideradas por personas como Daniel Arizmendi “El Mochaorejas” y Andrés Caletri “El Hermano Salvaje”, entre otros, desestabilizaron la vida de los mexicanos, al realizar acciones violentas que no

se habían presentado hasta el momento o bien no se habían dado a conocer con tanto auge, a partir de esta ola de violencia, se crea la Ley Contra la Delincuencia Organizada.

A raíz de la alza de los secuestros en nuestro país, se crea la Unidad Especializada Contra la Delincuencia Organizada (UEDO), dando lugar en 1998 a la creación del Grupo Antisecuestro Yaqui en la Procuraduría General de la República (PGR), este personal recibió capacitación de diversos lugares del mundo y trabaja en colaboración con el Centro de Investigación y Seguridad Nacional (CISEN).

En 1998 se detiene a Daniel Arizmendi y este delito empieza a disminuir, en el año 2001 el Grupo Antisecuestro Yaqui comienza a formar parte de la Agencia Federal de Investigaciones (AFI).

Sin embargo, los secuestradores evolucionaron, dando inicio a los secuestros exprés, con inversión de menos tiempo y dinero, la víctima ya no necesitaba tener grandes cantidades de dinero ya que el pago por la libertad era menor.

Durante la administración de Vicente Fox, los integrantes de las Unidades Especializadas Contra Secuestros presentaron exámenes de control de confianza, mismos que consisten en una serie de pruebas que incluyen pruebas psicológicas, socioeconómicas, poligráficas, químicas y médicas con el fin de evitar que los policías estuvieran coludidos con los secuestradores.

Durante el segundo semestre del año 2006 los índices de violencia incrementaron, siendo de trascendencia lo ocurrido en Michoacán, de acuerdo al periódico La Jornada el 6 de septiembre de 2006:

Un comando armado irrumpió en un centro nocturno del municipio de Uruapan, Michoacán, y tras amagar a las personas que ahí se encontraban y hacer disparos al techo arrojó en la pista de baile cinco cabezas humanas, junto a las cuales colocaron una cartulina con el mensaje: "La familia no mata por paga. No mata mujeres, no mata inocentes, sólo muere quien debe morir, sépanlo toda la gente, esto es justicia divina".

Las acciones de la Delincuencia Organizada aumentaron, por lo que el personal capacitado en materia de secuestro fue asignado a otras áreas, acorde a la prioridad en materia de seguridad de esos momentos.

De acuerdo al Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 2008, diversos actores políticos, organizaciones de la sociedad civil, empresariales, sindicales y religiosas firmaron el Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad (ANSJL) en donde se acordó:

...III. Apoyar a las entidades federativas en el combate a los delitos más sensibles para la sociedad, de acuerdo con las competencias de cada orden de gobierno. En especial se apoyará el fortalecimiento o en su caso la creación y formación de unidades estatales para el combate al secuestro.

La Procuraduría General de la República y la Secretaría de Seguridad Pública en coordinación con las entidades federativas elaborarán una estrategia nacional e integral contra el secuestro. Dicha estrategia incluirá la elaboración de programas

tipo, de acuerdo con la realidad de las entidades federativas y el diseño de cursos, talleres y seminarios de capacitación para cada entidad e insertará mecanismos de capacitación continua.

A finales del año 2009 se publicó el decreto de la creación de las 32 Unidades Especializadas en Combate al Secuestro y por medio del Acuerdo 02/2009, publicado el 10 de agosto del año 2010 en el Periódico Oficial de la Federación se crea la Unidad Especializada para la Investigación del delito de Secuestro, firmado por el Procurador General de Justicia del Estado de Oaxaca Dr. Evencio Nicolás Ramírez, misma que el Acuerdo Tercero menciona que “la Unidad Especializada tendrá competencia para conocer de las investigaciones que se inicien en todo el Estado por los delitos de Secuestro y Extorsión”.

CAPÍTULO II

TEORÍA DE LA CRISIS

2.1 Antecedentes

La intervención en crisis tiene su origen en los trabajos realizados por Eric Lindemann en el año 1942, cuando atendió a sobrevivientes y a familiares de las 493 personas fallecidas en el incendio del Centro Nocturno "Coconut Grove" en la Ciudad de Boston, Massachusetts, Estados Unidos, como menciona Lindemann (1944):

Su informe clínico acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas en las que el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida (citado en Slaikou 2000, p.7).

A raíz de la necesidad de atender los procesos de duelo y evitar problemas psicológicos posteriores, se crea en 1948, el Centro de Ayuda en Relaciones Humanas en Wellesley, Boston, mismo que trabajó intensamente la terapia breve dentro de la psiquiatría preventiva.

Gerald Caplan, miembro del Hospital General de Massachusetts, a raíz de los trabajos de Lindemann, fue el primero que habló de la relación de las crisis vitales y la psicopatología presentada por los adultos, su teoría fue incluida en la estructura de la psicología del desarrollo de Erickson en 1963. (Slaikou, 2000, p.7).

En la década de 1960 en los Estados Unidos, el trabajo en la prevención del suicidio tuvo un desarrollo rápido, sentó sus bases en la teoría de la crisis de Caplan, posteriormente se atendieron diversos tipos de crisis, por lo cual fue necesario entrenar personal para poder acudir a los lugares en donde eran requeridos (casa, escuelas, trabajo, etc.) y así poder tener mayor alcance.

En los años de 1958 a 1964, L. Bellak trabajó en lo que denominó "psicoterapia de emergencia" y "psicoterapia breve", en 1965 publicó su obra *Emergency Psychoterapy and Brief Psychoterapy* (Perrés, 1997).

Cummings y sus colaboradores (1977), analizaron que la psicoterapia breve tiene mayores beneficios en relación con la psicoterapia de largo plazo, dando énfasis a que sólo se necesitaban un aproximado de 6.2 sesiones para ayudar a resolver la crisis a un individuo, lo que beneficiaría a largo plazo a los sistemas de salud, ya que de atenderse a tiempo, se evitarían gastos en cuidados médicos futuros, producto de una falta de intervención en crisis a tiempo.

2.2 Influencias teóricas

De acuerdo a Moss (1979) la teoría de la crisis está influenciada por cuatro teorías:

- Teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente, haciendo hincapié en la supervivencia del más apto.

- Teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano de Abraham Maslow (1954) y Carl Rogers (1961), ambos dando énfasis hacia la autorrealización del ser humano y su crecimiento.
- Teoría de Erickson (1963) quien menciona que para el ser humano es importante superar cada uno de los ocho estadios psicosociales o conflictos, ya que el desarrollo lo considera subsecuente.
- Datos empíricos acerca de cómo los seres humanos tienden a combatir el estrés vital extremo (citado en Slaikeu 2000,p.9-10).

2.3 Definición

La palabra “crisis”, de acuerdo a Coromias (1967), proviene del griego crisis “decisión” y del verbo krino “yo decido, separo, juzgo”.

Aubareda (s.f.) menciona que la palabra crisis en el idioma chino se traduce como Wei Ji, esta palabra está formada por dos caracteres Wei que significa peligro y Ji oportunidad.

A lo largo de nuestra vida, al atravesar por acontecimientos o situaciones que nos provocan crisis, nos enfocamos en el lado adverso de esta, considerándola como un evento trágico que impacta de manera negativa en nuestra vida, en muchas ocasiones las visualizamos como situaciones abrumadoras de las cuales nunca tendremos claridad,

visualizando un futuro catastrófico, diversos autores refieren conceptos que dan énfasis al lado positivo de las crisis, por ejemplo:

Slaikeu (2000) define la crisis como el “estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p.16).

Caplan (1985), refiere que es:

Un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace en cualquier ejemplo particular depende hasta cierto punto de la forma en que se maneje la situación. Los individuos que logran dominar una experiencia penosa, resultan a menudo fortalecidos y más capacitados para encarar en forma efectiva el futuro no solo la misma situación sino también otras dificultades. (Citado por Zamudio 2011, p.36).

Gómez del Campo (1994) hace referencia que es:

Una combinación de situaciones de riesgo donde en la vida de una persona coinciden tanto su desorganización psicológica como su necesidad de ayuda. La crisis

representa tanto un trastorno mental como la oportunidad del crecimiento de una persona. Las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad de resolver problemas, donde la ayuda externa es crítica para determinar cómo tomarán los individuos sus decisiones, es decir, el punto de partida o punto decisivo para el cambio. (Citado por Zamudio 2011, p.36).

De estas definiciones es importante resaltar que el concepto de crisis engloba peligro y oportunidad y representa un punto decisivo para el cambio, la persona presenta desorganización temporal para manejar la situación, las herramientas cotidianas para enfrentar problemas se ven superadas, si el individuo logra salir adelante de la situación podrá hacer frente a otras que se le presenten.

2.4 Etapas de la crisis

Una vez definido el concepto de crisis, es importante entender que ésta atraviesa por una serie de etapas, mismas que permiten identificar el momento en que se encuentra la persona y así estar en la posibilidad de aplicar técnicas adecuadas para la resolución de la misma.

El estado de la crisis de acuerdo a Slaikeu (2000) es considerado como “progresar a través de una serie de etapas relativamente bien definidas” (p.24), cada una de las etapas tiene características únicas que permiten al psicólogo entender el comportamiento de la persona

en determinado momento y brindarle las herramientas necesarias para pasar a la siguiente etapa de la crisis, hasta que el suceso traumático se integre de forma funcional a la vida.

Para comprender las etapas de la crisis se mencionan dos clasificaciones de los siguientes autores, la primera de Caplan (1974) menciona:

- Primera fase: Shock o Impacto Agudo. En esta etapa el sujeto de manera súbita la experiencia de un suceso específico sin poder resolverlo como lo hace de manera habitual, muchas personas llegan a sentir confusión, impotencia, desamparo y desvalimiento. Cada individuo tiende a reaccionar de acuerdo a su reactividad al estrés.
- Segunda fase: Desorganización Crítica. El individuo ha utilizado todas las estrategias habituales de afrontamiento y resolución de problemas que utiliza en su vida diaria, sin embargo han fallado, por lo que la tensión emocional puede llegar a un punto de ser insoportable.
- Tercera Fase: Resolución. En esta fase el sujeto ha intentado diversas soluciones pero han fallado, puede desplegar la búsqueda de nuevas estrategias de afrontamiento ya de forma personal o mediante profesionales, la persona toma una decisión, ya sea la salida de la crisis mediante la creación de nuevos recursos de afrontamiento y crecimiento interno de forma apresurada o de mecanismos mal adaptativos de evitación y retraimiento.

- Cuarta Fase: Retirada Final. En esta etapa la crisis termina ya sea de forma total como puede ser mediante el suicidio; parcial de forma interna mediante la desorganización psicótica o una estructuración delirante, o de forma externa a través de cambios (entorno, relaciones, actividades, etc.). (citado en De Rivera, 2011).

Horowitz (1976), describe las siguientes etapas:

- Desorden: el individuo presenta reacciones emocionales en el impacto del suceso, entre ellas están el llanto, la angustia, gritos, etc. Esta etapa puede conducir a la negación o a la intrusión.
- Negación: atenúa o disminuye el impacto del suceso. En ocasiones es acompañado por el entorpecimiento emocional, quizás no se piense en qué fue lo que pasó, o se planeen actividades como si nada hubiera pasado.
- Intrusión: en esta se presentan ideas de dolor por lo sucedido, pueden presentarse pesadillas recurrentes e imágenes del suceso que ocurrió. Algunas personas oscilan entre la etapa de negación e intrusión.
- Traslaboración: en esta etapa el individuo reflexiona sobre el suceso y le da un significado, expresa sus sentimientos, aprende nuevas formas de resolución de problemas, en algunas personas es importante contar con ayuda externa (por ejemplo

psicoterapia). El terapeuta le enseña a trabajar con sus recursos materiales, personales y sociales.

- Terminación: Marca el fin de la crisis, la experiencia vivida se integra a otras ya experimentadas por el individuo, esta experiencia ya no causa afectación en su vida cotidiana (citado en Slaikeu, 2000).

2.5 Tipos de crisis

2.5.1 Crisis vitales durante el desarrollo

La psicología del desarrollo de acuerdo a Enesco (2001), “se ocupa de las transformaciones que sufre el ser humano a lo largo de su vida en sus diversas facetas y a nivel social” (p.1). Para conocer los cambios y transformaciones en la vida de las personas, es importante estudiar con detenimiento cada etapa de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, ya que de acuerdo a Baltes (s/a) “el desarrollo dura toda la vida” (Papalia, Wenkos y Duskin, 2009).

En determinados periodos de vida el ser humano presenta momentos cruciales los cuales, si son superados positivamente, contribuyen a que la persona tenga un crecimiento personal y una oportunidad de mejora, y de esta forma estar preparado para la siguiente etapa

del ciclo vital, “el tema frecuente en las crisis del desarrollo es que sus sucesos precipitantes están inmersos en los procesos de maduración” (Slaikeu, 2000, p.45).

Durante las etapas de la vida se presenta una crisis cuando:

- El desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo se perturba o dificulta.
- Se presentan sobrecargas de exigencias en determinada etapa.
- El individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes.
- El individuo se siente fuera de fase, de acuerdo a las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad (Slaikeu, 2000, p.45).

Para el estudio del desarrollo humano existen cuatro perspectivas: psicoanalítica, aprendizaje, cognoscitiva y humanística, cada una ha contribuido de gran manera a entender cómo las personas nos desarrollamos (Papalia et.al.,2009).

Desde la perspectiva psicoanalítica, Erik Erickson escribió la Teoría del Desarrollo psicosocial, misma que se divide en ocho etapas y en cada una de ellas hay una tarea que resolver, el autor menciona que:

La confrontación con cada tarea produce conflictos, los cuales tienen dos posibles resultados. Si en cada etapa se domina la tarea correspondiente, la personalidad adquiere una cualidad positiva y tiene lugar un mayor desarrollo. Si la tarea no es dominada y el

conflicto se resuelve de manera insatisfactoria, el yo resulta dañado, porque se le incorpora una cualidad negativa (Rice, 1997, p. 29).

Cada etapa tiene una crisis, el cual será un momento crucial en la vida de la persona para resolverla, si no se resuelve esta interferirá en el adecuado desarrollo del ego.

Las etapas críticas o partes negativas vividas durante cada una de las 8 etapas de esta teoría son:

- Confianza versus desconfianza (0 a 12-18 meses): En esta etapa si predomina en el niño la desconfianza es altamente probable que vea al mundo como un lugar hostil e impredecible, por lo que puede tener problemas al momento de establecer relaciones íntimas (Papalia et.al.,2009). La desconfianza básica puede desarrollar en la medida que no encuentra respuesta en la sensación de abandono, aislamiento, separación y confusión existencial sobre si, sobre los otros y sobre el significado de la vida.
- Autonomía versus Vergüenza y Duda (12-18 meses a los 3 años): En esta etapa el infante al empezar a caminar confía más en su propio instinto que en el de sus padres (Papalia et.al.,2009), la vergüenza y la duda pueden ocasionar la imposibilidad del desarrollo psicomotor, entrenamiento higiénico y verbalización, sentirse desprotegido, incapaz e inseguro de sí mismo, de sus cualidades y competencias (Bordignon, 2005).
- Iniciativa versus Culpa y miedo (3 a 6 años): En esta etapa se presenta una genitalidad rudimentaria, puede presentar culpa y temores ante esto. Se presenta el complejo de Edipo (Bordignon, 2005).

- Industria versus inferioridad (latencia de 6 a la pubertad): puede presentarse un sentimiento de inadecuación e inferioridad, comparándose con su grupo de iguales al sentirse menor en sus habilidades respecto de ellos.
- Identidad versus confusión de roles (pubertad a la edad adulta temprana): Se da el crecimiento rápido del cuerpo y la madurez psicosexual. Es un momento decisivo en donde el individuo forma su identidad personal a través de aspectos psicosexuales, ideológicos, psicosociales, profesional, cultural y religiosa (Bordignon, 2005).
- Intimidad versus aislamiento (edad adulta temprana): las personas requieren el establecimiento de compromisos profundos, si esto no se logra permanecerán aislados y abstraídos (Papalia et.al.,2009), puede presentarse aislamiento afectivo, distanciamiento o exclusividad, manifestada en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o ambos (Bordignon, 2005).
- Generatividad versus estancamiento (edad adulta intermedia): el estancamiento en esta etapa representa una regresión psicosocial, que se acompaña con la necesidad de pseudo-intimidad, sentimiento de infertilidad personal y social, percepción de generar, producir y de criar (Bordignon, 2005).
- Integridad versus desespero (vejez): La falta de aceptación de sí mismo, de su integración psicosexual y psicosocial, vivencia del amor universal, de una convicción de su propio estilo e historia de vida, confianza en sí, conlleva al sentimiento de desespero, con ausencia de sus valores.

Esta teoría es una de las que mayor impacto ha tenido, debido a que ha dado lugar a otras investigaciones acerca las diferentes experiencias y vivencias que el ser humano tiene

durante el desarrollo de su vida, ahora bien, algunas personas ya sea durante la adolescencia o etapa adulta viven otras crisis que corresponden al ciclo vital de la familia.

La familia, de acuerdo a Rodríguez (2007) es “un grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, jurídicos, que constituyen complejas redes de parentesco actualizadas de manera episódicas a través del intercambio, la cooperación y la solidaridad” (p.1). Esta definición hace referencia que la familia es el grupo de personas que cohabitan en un mismo lugar y se encuentran unidos por lazos consanguíneos (en la mayoría de las veces), con derechos y obligaciones jurídicas.

Glick, Berman, Clarkin y Rait (2001), explican el ciclo vital de la familia de modo que:

Las familias al igual que los individuos evolucionan a través de unas fases que se conocen comúnmente como el ciclo evolutivo familiar. Este ciclo incluye las transiciones o acontecimientos vitales esperados por los que pasan la mayoría de las familias a lo largo de su desarrollo, en una secuencia bastante predecible aunque variable, así mismo, incluye el afrontamiento de los cambios sociales, económicos, sociodemográfico, políticos y demás que se presentan en el día a día (citado en Moratto, Zapata y Messenger ,2015).

Como se menciona los cambios por los que atraviesa la familia a lo largo de los años que estén juntos es variable, sin embargo, en determinados periodos la mayoría de las familia

vive situaciones muy similares; de acuerdo a la clasificación que realiza (Moratto, et.al., 2015) basada en autores como Jara (2011), Carter y McGoldrick (1980) y Vargas (2013), se presentan cuatro etapas que engloban las siete fases del desarrollo de la familia:

- Etapa de formación: engloba a la fase denominada formación de la pareja, el principio que rige es el compromiso con el nuevo sistema, durante este proceso tanto el hombre como la mujer es importante que se independicen física y emocionalmente de la familia de origen, que generen intimidad como pareja, que se adapten a los roles y tareas que implica el hogar, la distribución del poder y cuáles serán las formas en que se resuelvan los conflictos.
- Etapa de expansión: El principio que rige esta fase es la aceptación de los nuevos miembros en el sistema, las fases que engloba son: crianza inicial de los hijos y familia con niños preescolares. En la primera fase la pareja vive la crisis del desarrollo embrionario y el parto, la madre puede presentar depresión post parto sintiéndose necesitada de cuidados e incapaz de hacerse cargo de su hijo, durante este proceso muchos padres se sienten desplazados, siendo que la mayor atención es para el nuevo ser, puede presentarse un rechazo hacia el bebé producto de esta sensación. En la segunda fase, cuando los niños se encuentran en edad preescolar, se presenta la crisis de la infancia (en donde buscan su independencia), muchos padres se sienten agotados y otros más presentan dificultad para tolerar y controlar las conductas de sus hijos (cuestionándose la forma de educar, con libertad, con límites o desde la sobreprotección). En esta etapa puede presentarse una disminución la actividad

sexual, debido al cansancio físico y emocional de diversas tareas (del hogar, laboral, personales).

- Etapa de consolidación y apertura: continúa el principio de aceptación de los nuevos miembros en el sistema. Esta etapa incluye varias fases: la primera familia con niños escolares, donde la escuela representa un reto para los padres debido a que el menor inicia su participación fuera del hogar y de los primeros dependerá el apoyo que le brinden a sus hijos para su proceso de individualización; y para el niño implica el sentirse productivo y lograr la integración a un grupo de amigos. La segunda fase es la familia con hijos adolescentes, es aquí donde los hijos buscan su identidad y es importante por parte de los padres la aceptación y apoyo hacia ellos, siendo flexibles en los límites, sin dejar de lado su función como padres, sin embargo al encontrarse ambos en crisis (adolescencia y edad media) muchos padres tienden a sobre identificarse, por lo que algunas veces compiten con sus hijos en los logros y aventuras. La tercera fase: familia plataforma de lanzamiento, se caracteriza porque el hijo menor abandona la casa de los padres, cuando se presenta la insatisfacción marital, las madres aprehensivas son un obstáculo para la independencia de sus hijos y muchos de ellos temen las consecuencias en la relación conyugal de sus padres por su partida. En la cuarta etapa denominada familia de edad media los padres vuelven a encontrarse como pareja, por lo que produce dificultad en la adaptación de la nueva situación personal como familiar.

- Etapa de disolución: se compone de dos fases, la familia anciana y la vejez, en la primera los padres se enfrentan a la pérdida de la juventud, salud, trabajo, soledad y en muchas ocasiones a la muerte de la pareja. La segunda fase es la viudez, en donde la familia se reacomoda para (en muchas ocasiones) cuidar al padre que ha quedado solo, en ambas fases el tema de la muerte produce gran conflicto. (Moratto, et.al.,2015).

2.5.2 Crisis circunstanciales de la vida

Las crisis circunstanciales son aquellas que ocurren de un momento a otro o de forma impredecible, no importando la edad, el sexo o el estado socioeconómico de la persona o grupo de personas sobre las que recae, “son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados)” (Fernández, 2010, p.6).

De acuerdo a Slaikeu (2000) las principales características de este tipo de crisis son:

- Aparición repentina: su aparición es imprevisible, a diferencia de las crisis del desarrollo en las que se espera que a determinada edad el individuo viva determinados sucesos, en cambio en esta se da sin aviso alguno.
- Imprevisión: Pocas personas se encuentran preparadas para vivir este tipo de crisis, muchas personas pueden llegar a pensar que no les ocurrirá jamás.
- Calidad de urgencia: se debe priorizar las acciones que requieren inmediatez, puesto que amenazan el bienestar físico y psicológico.
- Impacto potencial sobre comunidades enteras: pueden llegar a afectar un grupo grande de personas de forma simultánea en un corto lapso.
- Peligro y oportunidad: al principio del suceso todo parece abrumador e incierto, sin embargo esta situación puede conducir a que el individuo tenga mejores herramientas personales para enfrentar nuevas crisis al haber reelaborado conflictos personales no resueltos en el pasado.

Dentro de los acontecimientos que pueden ocurrir en la vida del ser humano que son considerados circunstanciales y pueden desencadenar una crisis son:

- Salud: el impacto que provoca el que un miembro o más de la familia presente una enfermedad puede llegar a desorganizar o a desequilibrar el sistema, debido a que esto implica el hacer un reajuste de roles, contemplar nuevos gastos económicos, renunciar a temporalmente o definitivamente a proyectos, cambios en la vida social, sobreprotección por parte de los cuidadores, conflictos entre los miembros o agotamiento físico por el cuidado del enfermo. Por lo tanto “la

enfermedad y las heridas físicas son acontecimientos que interactúan con los recursos de afrontamiento de un individuo, lo mismo que con su estructura vital, autoimagen y percepción del futuro” (Slaikou, 2000, p.78).

- Muerte repentina: la muerte es la última etapa de las crisis vitales, por lo tanto al llegar a determinada edad la mayoría de las personas son conscientes de que esta debe ocurrir, de acuerdo a los estudios de Lindermann, 1944, Moss, 1976 y Parkes, 1970, cuando no se está consciente de esta fase las personas pueden presentar las siguientes reacciones emocionales: en la primera se observa la respuesta de aturdimiento, negación de sentimientos y alejamiento emocional respecto de la realidad de la muerte (el individuo acepta el tanto de la realidad que pueda soportar), en la segunda fase la huida de la realidad no se puede soportar más, los sentimientos acerca de este hecho empiezan a emerger (se caracteriza porque la persona presenta un trastorno emocional y desorganización, no se realizan más las rutinas acostumbradas y existe una incapacidad para funcionar adecuadamente, en la tercera fase empieza a haber una aceptación gradual de la pérdida y se empiezan a romper lazos con la persona fallecida, dando oportunidad a tener una vida funcional sin la persona que ya no está y el desarrollo de nuevas relaciones para reemplazar a esta persona (Citado en Slaikou, 2000, p.79).
- Crimen: a diario diversas personas son víctimas de diversos delitos, algunos de mayor impacto social como los secuestros, violaciones, robo de vehículos o a casa habitación; Sutherland y Scherl (1976) describen que después de haber estudiado a diversas mujeres víctimas del delito de violación, estas viven tres fases: la primera fase presentan conmoción, desmayo y ansiedad, reacciones que pueden durar días o

meses, la segunda fase es la adaptación externa, en donde la víctima retorna a sus actividades normales y suprime de forma temporal los sentimientos provocados por la violación con el fin de disminuir la ansiedad, en la tercera fase es la de integración y resolución pueden sentir la necesidad de expresar los sentimientos que esto le ha generado (Citado en Slaikou, 2000, p.82). La teoría de la crisis de Caplan ha sido de gran ayuda a las víctimas de violencia doméstica, maltrato a niños, personas que han sido encarceladas y las que han salido de prisión.

- Desastres naturales y los que son provocados por el hombre: en el análisis extenso realizado por Baum (1987) acerca de las repercusiones psicológicas entre ambos tipos de desastres hace mención que los que son provocados por el hombre provocan en el individuo efectos psicológicos crónicos y de largo plazo (Citado en Slaikou, 2000, p.86).
- Guerras: este apartado incluye tanto a las víctimas en combates y prisioneros de guerra, estas crisis pueden ser de larga duración, por lo que también es importante trabajar con la familia debido a las altas repercusiones psicológicas. Los desastres naturales y las guerras presentan el síndrome del sobreviviente cuyos efectos psicológicos son la ansiedad, la culpabilidad (sentido de culpa por la supervivencia), embotamiento emocional, irritabilidad, ira, agresión y desórdenes físicos (Pérez, s.f.)
- Familiar y Económica: La migración y la reubicación del hogar hacen que el individuo pierda de su red de apoyo social en el lugar donde vivía, lo que genera crisis en el ajuste de hacer nuevos contactos sociales, al igual que la falta de recursos económicos conlleva deficiencias en el funcionamiento individual, psicológico y familiar.

- Divorcio: Kraus (1979) menciona que esta crisis presenta las siguientes etapas: la negación en donde se actúa como si todo funcionara adecuadamente, la segunda etapa se caracteriza por la ira y la culpa, la responsabilidad se atribuye a uno mismo o al otro cónyuge, al realizar los últimos intentos por salvar el matrimonio y que esto no se logre puede presentarse la depresión. La última etapa se enfoca en el funcionamiento actual del individuo con una reorientación de actividades (Citado en Slaikeu, 2000, p.82).

2.6 Estrategias de intervención

2.6.1 Intervención de primera instancia: primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) son el conjunto de técnicas especializadas aplicadas en el primer contacto para la atención a personas con crisis, pueden ofrecerse en el lugar donde se suscitaron los hechos, para lo cual es importante verificar si en ese lugar no se corre algún peligro, de ser así, se proporcionan en algún lugar próximo, son de corta duración (regularmente una sesión), y con un entrenamiento previo pueden ser aplicados por una amplia gama de asistentes comunitarios.

Pocar (s.f) los define como “un enfoque modular, basado en evidencias y destinado a ayudar a niños, adolescentes, adultos y familias afectadas por un incidente crítico”, esta

primera orientación psicológica es importante brindarla dentro de las primeras setenta y dos horas.

De acuerdo a Martín (2010) los PAP son una breve intervención que pueden durar según:

1. La gravedad de la situación o trastorno emocional de la persona en crisis.
2. La habilidad del asistente” (p.21)

La aplicación de los PAP puede durar de minutos a horas, todo dependerá de la disposición de la persona en crisis y de la habilidad de la persona que los está aplicando.

De acuerdo a Slaikeu (2000) las tres submetas de los PAP son:

- Proporcionar apoyo: Es importante que las personas no se encuentren solas en tanto están atravesando la crisis. En este punto se permite a las personas expresar el temor y la ira en un ambiente de confianza.
- Reducir la mortalidad: se deben tomar necesarias medidas que hagan mínimas las posibilidades autodestructivas.
- Enlace con fuentes de asistencia: la persona que otorga los servicios fija con precisión las necesidades fundamentales y realiza una remisión adecuada (p.114).

Martín (2010) menciona que los principios clínicos para prestar PAP son:

- Proximidad: la atención psicológica debe realizarse en los escenarios próximos a la catástrofe (situación crítica) y con una actitud proactiva (acercamiento a la persona y no al revés).
- Inmediatez: La intervención psicológica debe ser precoz, intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de ciertos síntomas o la cronificación de otros.
- Constructivo y Esperanzador: Es importante transmitir información positiva al afectado sobre su capacidad de afrontar la situación, e insistir en la idea de que está sufriendo reacciones normales ante situaciones anormales (acontecimiento traumático). Es indispensable también transmitir expectativas positivas sobre un rápido retorno a su rol o función anterior al evento, potenciando así su autoestima y sus estrategias de afrontamiento.
- Simplicidad: Se deben utilizar métodos breves y sencillos adaptados a la situación de embotamiento emocional de los afectados.
- Unidad: Los afectados tienen sentimientos, percepciones e ideas en relación a su experiencia de la catástrofe, caóticos y desestructurados, se debe procurar reestructurar dichas experiencias, para facilitar un control cognitivo de la situación. (p. 22)

De acuerdo a Slaikeu (2000) los cinco componentes de los PAP son:

- Contacto psicológico: es importante escuchar como la persona visualiza la situación y la comunica. Se le invita a hablar a la persona de lo que pasó (hechos) y cómo

reaccionó ante estos. Debemos recordar que la comunicación no siempre es verbal, el individuo se debe sentirse escuchado, aceptado, entendido y apoyado, es importante legitimar los sentimientos de ira, dolor, temor y desde ahí reducir la intensidad emocional, reorientar las energías ayuda a que la persona haga algo por su situación.

- Dimensiones del problema: este se evalúa en pasado inmediato, presente y futuro inmediato. Es importante poner atención en las fortalezas y debilidades, en qué áreas pueden presentarse las probables dificultades futuras para la persona y su familia. Las necesidades se trabajan en un orden jerárquico, primero se da lugar a las necesidades que necesitan atenderse de manera inmediata y posteriormente se evalúan qué conflictos se pueden dejar para después.
- Análisis de posibles soluciones: Se indaga en qué soluciones se han intentado ya acerca de los problemas mencionados anteriormente, para que la persona sea quien genere alternativas, se coloca al individuo desde una situación de fortaleza antes que de debilidad. Sólo después de analizar sus soluciones, la persona que está brindando este servicio proporciona una lluvia de ideas, a algunos pacientes se les tiene que enseñar que hacer para la ejecución de un plan en particular; es básico encontrar una o más soluciones a la situación que se está viviendo.
- Asistir en la ejecución de la acción concreta. En este punto se ponen en marcha las soluciones generadas para satisfacer las necesidades inmediatas. Hay que dejar que

el paciente haga tanto como sea capaz de hacer. Cuando el profesional observe que el paciente es incapaz de hacerlo, se debe apoyar en algún familiar o en caso de no haber el profesional puede proveer esta ayuda.

- Seguimiento: Se obtiene datos para recontactar a la persona. No se deben dejar detalles al aire, o pensar que la persona cubrirá estos aspectos por sí sola, se debe asegurar que el apoyo recibido redujo el riesgo de mortalidad, que las soluciones inmediatas se satisficieron con la acción concreta que se tomó, de no ser así, regresar a la etapa de las dimensiones del problema.

Para la aplicación de los PAP es importante que la persona que los aplique ayude a la víctima a mitigar el proceso de deterioro psicólogo que provocan las crisis, así como estabilizar el descontrol emocional y la falta de razón que pueden poner su vida en situación de riesgo.

2.6.2 Intervención de segunda instancia

Una vez aplicados los primeros auxilios psicológicos es importante continuar la terapia para crisis, misma que se hará unos días después de presentado el suceso, de acuerdo a Roberts y Ottens (2005) la intervención “debe constituir una oportunidad para enfocarse en el momento presente, evaluar ágilmente los problemas y los recursos del individuo, plantear metas y estrategias de afrontamiento de alternativas, desarrollar una alianza de trabajo y construir a partir de fortalezas”. (Citado en Rendón y Agudelo, 2011, p.221)

De acuerdo a Fernández (2010) la intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis se refiere a:

Un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, que se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro (p.17).

De acuerdo a Slaikou (2000) la terapia para crisis ayuda a “traslaborar el incidente de crisis de modo que este se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro”. (p.145) Este mismo autor menciona que “la terapia para crisis busca asistir al paciente en la reevaluación de sus creencias, expectativas destrozadas o errores cognoscitivos/conceptos equivocados, en busca de mejores sustitutos para ellos” (Slaikou, 2000, p.160).

Esto implica una importante labor para el terapeuta ya que la persona que ha vivido un menoscabo se encuentra vulnerable y susceptible a cualquier influencia del medio, situación por lo que la terapia debe tener un abordaje adecuadamente fundamentado con el fin de que los resultados de dicha intervención se vean reflejados en la forma en que la persona traslabora la crisis, pese a las carencias que en muchas ocasiones se encuentran en las instituciones públicas, como es la falta de infraestructura adecuada para brindar terapia o capacitación terapéutica del personal.

La terapia para crisis es más efectiva cuando coincide con el periodo, de desorganización (seis o más semanas) de la crisis en sí misma. De acuerdo a Echeburúa y De Corral (2007) una víctima de un suceso traumático:

Solo debe buscar ayuda terapéutica cuando las reacciones psicológicas perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas, cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo, escuela) o cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos y conductas (p.378).

Se debe proporcionar asistencia en ese periodo, para incrementar la probabilidad de que la reorganización del individuo sea hacia el crecimiento y se aleje del debilitamiento.

Las energías terapéuticas se ajustan para ayudar al paciente a:

- a) Sobrevivir físicamente a la experiencia de la crisis
- b) Identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis
- c) Obtener dominio cognoscitivo sobre la crisis
- d) Realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis.
- e) Reelaborar pautas de solución
- f) Asimilar el incidente en la trama de la vida
- g) Establecer apertura o disposición para afrontar el futuro

Los tiempos para iniciar la terapia para la crisis debe ser lo más pronto posible, siempre y cuando la víctima y/o la familia lo requieran, esto impedirá que se agraven los síntomas y la persona pueda ser funcional en su vida cotidiana. En las víctimas de secuestro es importante garantizarles la seguridad, en algunos casos las autoridades les brindarán protección policial debido a que en muchas ocasiones la víctima o su familia es amenazada por los secuestradores exigiéndoles otros pagos, aparte del que ya se ha dado por su rescate.

La voluntad de la víctima: debido a que por el evento vivido se niega a compartir la experiencia vivida, alejándose de todo lo referente a su secuestro (psicóloga, abogados, ministerio público).

Trazar los objetivos del tratamiento: que de acuerdo a Echeburúa y de Corral (2007) se deben plantear:

De forma escalonada con arreglo a una jerarquía de necesidades. En primer lugar, se trata de hacer frente a los síntomas más graves (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, humor depresivo, etc.). En segundo lugar, hay que abordar el núcleo del trauma (reexperimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto). Y, por último se trata de regular las emociones, de recobrar la autoestima y de recuperar la confianza en las demás personas (p.379).

Es por ello que el psicólogo constantemente debe estar en preparación, principalmente en brindar la intervención en crisis y la terapia breve.

2.6.2.1 Valoración

Para la valoración de las víctimas en crisis en especial por el delito de secuestro existe poca bibliografía. En la Fiscalía General del Estado de Oaxaca al momento de recibir una denuncia por el delito antes mencionado la perito en psicología dependiente del Instituto de Servicios Periciales emite un dictamen en el cual determina el estado emocional de la persona, cada especialista utiliza las técnicas que considere, pese a no haber un formato de dictamen de la evaluación del estado emocional y mental, estos coinciden en los siguientes rubros:

- **Ficha de identificación:** contiene la información que la víctima proporciona de forma directa como es el nombre completo, el sexo, la edad, la fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, estado civil, religión y lugar residencia actual.
- **Motivo de la valoración:** generalmente es a petición del Agente del Ministerio Público con el fin de determinar el estado emocional y estado mental.
- **Metodología y técnicas empleadas:** se trabaja con la entrevista psicológica individual, observación directa e indirecta, examen mental, aplicación de escalas, test o inventarios (Escala de Hamilton, Inventario de Depresión de Beck, Test Bajo la Lluvia, Inventario de Signos y Síntomas).

- Examen Mental: Se evalúan los signos y síntomas en relación con las distintas áreas de funcionamiento. (Área psicomotora, Área cognoscitiva, Área afectiva, Área fisiológica).
- Evaluación del Estado Emocional Actual.
- Resultados de la aplicación de Escala, Inventario o Test.
- Conclusiones: respecto a la intervención.
- Sugerencias: En este apartado se canaliza al Centro de Atención a Víctimas para que la psicóloga adscrita a esa área le ofrezca los servicios de terapia breve.

Para la realización de esta tesis se tomó como base el perfil CASIC (Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal, Cognoscitiva) del autor Slaikeu (2000) quien a su vez baso su trabajo en Lazarus (1976,1981) el cual adopta un enfoque multidimensional para la psicoterapia.

De acuerdo a Slaikeu (2000) la valoración de la terapia para la crisis se fundamenta en las siguientes suposiciones:

1. Debemos ser capaces de valorar el impacto del incidente de crisis en todas las cinco áreas de funcionamiento de la personas, el no hacerlo nos conducirá a una comprensión parcial de la crisis.
2. Las áreas del perfil aunque son valoradas por separado, se interrelacionan de modo que los cambios que se produzcan en una conduzcan al cambio en otros.

3. Es importante valorar fortalezas como debilidades de cada una de las áreas, con el fin de retomar las primeras para alentar a las segundas.
4. La valoración de un individuo debe incluir las variables del entorno familiar, social, cultural pues estas pueden tener un peso directo de éxito o fracaso en las estrategias de intervención.
5. La finalidad de hacer la valoración del perfil CASIC es tener pautas concretas para seleccionar las estrategias de tratamiento.

2.6.2.2 Perfil CASIC

El perfil CASIC creado por Slaikeu (2000) se basa en el trabajo modificado de la Terapia Multimodal de Lazarus para situaciones de crisis. Este perfil consta de cinco sistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

Tabla 1

Perfil básico de la personalidad

Modalidad/Sistema	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de los siguiente: actos suicidas,

	homicidas o de agresión. Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión.
Afectiva	Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba: presencia de sentimientos tales como ansiedad, ira, alegría, depresión, etcétera; adecuación de los afectos a las circunstancias ¿Se expresan o se ocultan sentimientos?
Somática	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otros males somáticos; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los desconocidos; papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado), estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).

Cognoscitiva	Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de las siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucina.
--------------	--

Recuperado de Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2000. Manual Moderno.

Las diferencias entre el perfil CASIC y el trabajo realizado por Lazarus se detallan a continuación:

- Eliminación de la categoría de drogadicción y codificación de la ingestión de tabaco, alcohol, medicamentos y otras sustancias como actividades conductuales.
- Inclusión de todas las variables de funcionamiento físico (que abarcan las sensaciones de la vista, el tacto, el gusto, el olfato y el oído) dentro del funcionamiento somático (un poco más amplio que la categoría de sensación de Lazarus).
- Codificación de las fantasías y dimensiones cognoscitivas bajo un solo encabezado (el cognoscitivo). (Slaikeu, 2000, p.155)

2.6.2.2.1 Modalidad Conductual

El sistema conductual hace referencia a la actividad manifiesta como trabajar, jugar, hacer deporte, dieta, sueño, ingesta de drogas, tabaco o alcohol. Es importante indagar acerca de los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de estos comportamientos, así como las áreas de particular fortaleza y debilidad.

2.6.2.2.2 Modalidad Afectiva

Las variables afectivas ponen de manifiesto todos los sentimientos que la persona presente, incluyendo los sentimientos experimentados de las actividades del punto anterior, se valora como se comporta e interactúa en la sociedad, competencia entre el afecto y las circunstancias de la vida y la valoración de la condicionalidad de diferentes sentimientos. Bellak (1999) hace referencia que parte del trabajo del terapeuta consiste en auxiliar a expresar sentimientos y emociones y a partir de ellos, establecer y llevar a cabo las estrategias terapéuticas adecuadas. El proceso de catarsis requiere de tacto, prudencia y de un buen manejo del tiempo para que sea de utilidad (Citado en Corona, 2005, p.33-34).

2.6.2.2.3 Modalidad Somática

El funcionamiento somático hace referencia a los malestares físicos asociados con la crisis, las emociones corporales que se desencadenan, funcionamiento físico en general (salud), Slaikeu (2000) hace mención que lo que interesa en particular en una crisis son:

Cuestiones somáticas correlativas a la angustia psicológica, los problemas físicos o ambos, que pueden haber precipitado la crisis. En muchos casos una crisis exacerbará los problemas físicos existentes, o conducirá a comportamientos que si son continuos, en largos periodos pueden ser nocivos para la salud. (p.90)

2.6.2.2.4 Modalidad Interpersonal

La modalidad interpersonal examina las relaciones sociales de la víctima en cuanto a su calidad y cantidad, el impacto de la crisis sobre la familia y los amigos, redes de apoyo sociales, la capacidad de ayuda con la que cuenta.

2.6.2.2.5 Modalidad Cognoscitiva

Finalmente el área cognoscitiva, van incluidas todas las imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, a los recuerdos sobre el pasado y las pretensiones para el futuro, expectativas o metas perturbadas por el incidente de crisis, reflexiones no controladas de manera relativa (sueños de noche y de día), pensamientos y auto aseveraciones acerca del

comportamiento, reflexiones o pensamientos introspectivos inusuales, sentimientos, funcionamiento corporal, etc., significado del incidente precipitante de la vida, presencia de los deberías, patrones ilógicos de pensamiento acerca de cuestiones tales como resultados inevitables, uso de humor como enfrentamiento a la crisis. Atención a la catastrofización y la sobregeneralización, pensamientos irracionales y pensamientos psicóticos. Valores, creencias religiosas, filosofía acerca de la vida, estas últimas llegan a ejercer una influencia poderosa sobre cualquier otra área del perfil (Slaikeu, 2000).

En el anexo 1, se presenta un breve cuestionario para sintetizar los datos del Perfil CASIC, se puede utilizar como una guía para estructurar la entrevista de la valoración, la información que se recopilará puede ser por parte de las víctimas principalmente, miembros de su familia u otras fuentes de referencia confiable. Para ellos es importante que se tengan como prioridad los siguientes datos:

- Incidentes (s) precipitante (s).
- Presentación del problema.
- Entorno de la crisis.
- Funcionamiento CASIC previo a la crisis.
- Funcionamiento CASIC durante la crisis. (Slaikeu, 2000)

Para comprender mejor la síntesis del perfil CASIC es importante entender:

- Incidente precipitante: para el terapeuta es muy importante saber qué evento ocurrió para que se desencadenará la crisis. En el caso de secuestro saber si sólo esta vivencia detonó tal desequilibrio o aparte de esta situación el individuo se encontraba atravesando alguna otra crisis, por ejemplo del desarrollo o circunstancial.
- Presentación del problema: en ella se resumen los problemas que el paciente refiera al momento de ser canalizado para la atención psicológica. Es importante saber: ¿Qué es lo que el paciente quiere para la terapia de la crisis?, ¿Cómo describe el paciente en el momento presente el secuestro? y ¿Cuál es la visión de él mismo acerca de lo que necesita?.
- Entorno a la crisis: en este es importante que se determine el efecto de la crisis en la familia o grupo social inmediato, es importante tomar en cuenta cómo estos perciben la crisis y, si esto es motivo de que se desate otra crisis? ¿De qué herramientas dispone la familia para ayudar a la traslaboración de la crisis en la víctima?
- Funcionamiento CASIC previo a la crisis: esta información nos aporta datos de los aspectos más relevantes durante la etapa de la infancia, pubertad, adolescencia, edad adulta joven, edad adulta o jubilación y cómo estas pueden relacionarse con la crisis, así como determinar que tan bien funcionaba el individuo antes de la crisis.

La valoración del funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye el énfasis en:

- Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas (Caplan, 1964; Lazarous, 1980).
- Los recursos personales y sociales más patentes (Caplan, 1961).

- Las fortalezas y debilidades más notables del funcionamiento CASIC (Aguilera y otros, 1974).
- Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran desencadenarse por el incidente (Miller e Iscoe, 1963).
- Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida.
- La etapa del desarrollo previa a la crisis (Erikson, 1963; Danish y D'Augelli, 1980; Stevenson, 1977).
- Excedentes y déficits en cualquiera de las modalidades CASIC (Lazarous, 1976)
- Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los suprasistemas-familia/grupos sociales, la comunidad, la sociedad.
- Otras tensiones anteriores al incidente de la crisis, por ejemplo, dificultades en el trabajo que pudieran agravar problemas familiares (Kraus, 1979) (Slaikeu, 2000, p. 175).

Funcionamiento CASIC durante la crisis: en este apartado se determinan el impacto sobre las cinco áreas que componen el perfil. Slaikeu (2000), nos da una base de preguntas en cada área que son clave para conocer la afección:

- Conductual:
 - ¿Cuáles actividades acudir al trabajo, dormir, comer, etc. han sido más afectadas por el incidente de crisis?
 - ¿Qué áreas no han sido afectadas por la crisis?

- ¿Qué conductas se han acrecentado o posiblemente fortalecido por la crisis?
 - ¿Cuáles estrategias de enfrentamiento se han intentado, y cuál fue el relativo éxito/ fracaso de cada una? ¿Las estrategias en uso en realidad mantienen el actual nivel de angustia? (Figley y Sprenkle, 1978, citado en Slaikeu, 2000).
- Afectivo:
 - ¿Cómo se siente el individuo con las secuelas del incidente? ¿Molesto? ¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido? (Halpern, 1973; Horowitz, 1976).
 - ¿Se expresan sentimientos o se mantienen ocultos?
 - ¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de traslaboración de la crisis? (Caplan, 1964; Fink, Beak y Taddeo, 1971; Horowitz, 1976; Lindemann, 1974, citado en Slaikeu, 2000).
- Somática
 - ¿Existen males físicos asociados con el incidente de crisis? ¿El secuestro reactiva problemas anteriores o se vive como una crisis circunstancial?
- Interpersonal
 - El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos.

- La red y los sistemas sociales en curso (Caplan, 1964, 1976, citado en Slaikeu, 2000)
 - ¿Qué tan buena es la ayuda disponible de parte de la familia y los amigos de la que se hace uso?
 - La actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis; por ejemplo, aislamiento, dependencia, etcétera.
-
- Cognoscitivo
 - Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis (Levinson y otros, 1976; Taplin, 1971).
 - Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales (Horowitz, 1976).
 - El significado del incidente precipitante en la totalidad de la vida (Tosi y Moleski, 1975).
 - Presencia de los “debería”, tales como “yo debería haber sido capaz de manejar esto” (Ellis y Harper, 1961; Perls, 1969).
 - Patrones ilógicos de pensamiento acerca de cuestiones tales como resultados inevitables (“ella me abandono, por tanto, yo nunca encontrare a otra”).
 - Los patrones usuales para hablarse a sí mismo (Meichenbaum, 1977).
 - Los sueños nocturnos y diurnos (Lifton y Olson, 1976).
 - Imágenes de una fatalidad inminente.
 - Fantasías destructivas.

- Uso del humor como una vía de enfrentamiento a la crisis (Carter, 1988) (Citado en Slaikeu, 2000, p.175-177).
-

2.3.2.3. Tratamiento

Tomando en cuenta toda la información que se obtiene del perfil CASIC, es turno de traducirlo en las tareas que se realizarán con el paciente, para se realizarán las cuatro tareas de resolución:

1. Supervivencia física
2. Expresión de los sentimientos relacionados con la crisis.
3. Dominio cognoscitivo de la experiencia completa.
4. Los ajustes conductuales/interpersonales que se requieran para la vida futura.

Es importante llevar a cabo cada una de ellas, con el fin de que el paciente traslabore la crisis, para ello se mencionan algunas técnicas terapéuticas que pueden ser de gran utilidad en cada etapa.

2.3.2.3.1 Supervivencia física

Se parte de que las personas se encuentren vivas para buscar su mejora física tanto en el aspecto físico como en el área de la salud, ya que por el periodo de tensión extrema y

desorganización personal, la víctima descuida este aspecto, aunado a que en muchas ocasiones esta sufre algún menoscabo en su salud, por ejemplo el salir afectado por lesiones, es decir, producto del incidente vivido. Cuando el terapeuta valora el estado físico de la persona y considera pertinente puede canalizarlo para que reciba atención médica.

Es importante atender las señales de suicidio, ya que en muchas ocasiones y ante el desorden de ideas se llega a considerar que esta es la única forma de acabar con lo que se está viviendo, de igual manera es importante poner especial cuidado en posibles adicciones al alcohol, tabaco o incluso drogas, resultado de la crisis que se está viviendo, todo esto como una forma de escapar o hacer más tolerable la situación que se está viviendo, para ello el terapeuta puede canalizar a la víctima a una instancia en donde se atienda esta problemática.

De acuerdo a Slaikeu (2000) “El paciente tiene que regular sus patrones de dieta, ejercicio, descanso/ sueño, a fin de trabajar en las tareas de la resolución de crisis”. (p.179), debido a que en esta etapa muchos pacientes presentan una desorganización en los horarios de comida y por ende tampoco tendrán una dieta balanceada.

2.3.2.3.2 Expresión de sentimientos

De acuerdo a Slaikeu (2000) el objetivo de esta segunda etapa es “asistir al paciente para que exprese, de alguna manera socialmente apropiada, los intensos sentimientos que

acompañan a la crisis, para de este modo, libere la energía emocional, para utilizarla de modo constructivo en otros aspectos de la vida”. (p.180)

Es importante escuchar al paciente y ayudarlo a identificar y expresar los sentimientos de problemáticas sin resolver y que han aparecido a raíz de la crisis, muchos de estos pueden llegarse a manifestarse en enfermedades, por lo que será importante prestar atención acerca de qué tiempo llevan manifestándose.

Una de las principales tareas del terapeuta es la escucha activa, que de acuerdo a García (2013) es “una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido”.

Se puede realizar la escucha activa mediante:

- Parfraseo: resumir lo que se ha escuchado de la otra persona a través de nuestras palabras para hacerle saber que se ha entendido la información.
- Invitar a la clarificación: se puede resaltar la parte del discurso que nos ha llamado la atención, de esta forma se amplía la información.
- Reflejar sentimientos: Entender y expresar los sentimientos que se captan en discurso, lenguaje corporal e intensidad con la que comunica el lenguaje.

De igual manera, la comprensión empática ayuda al terapeuta a que la víctima reconozca sentimientos que le son incómodos o molestos con el fin de comprender qué es lo que aflige al paciente y que éste pueda tener un dominio sobre la crisis.

Para muchos pacientes no es fácil expresar sus sentimientos, es por ello que muchos necesitaran que el terapeuta les dé permiso de hablarlos, manifestándoles que son normales, y que son producto de una situación anormal (crisis), es importante hacerles saber que no están perdiendo la razón, aunque en muchos casos eso sea lo que sienten. Otras veces las víctimas tienen conceptos erróneos que lo hacen llegar a pensar que no deberían sentir lo que en ese momento sienten.

2.3.2.3.3 Dominio cognoscitivo

El autor Slaikeu (2000) refiere que se debe entender que la perspectiva cognoscitiva provee a la persona que se encuentra en crisis:

El camino más claro para la comprensión de por qué un incidente conduce a la crisis (quebranta las expectativas acerca de la vida, es discrepante con las metas vitales estimadas, destroza una autoimagen particular, etc.) y, al mismo tiempo que debe

hacerse con el fin de que el paciente se movilice a través y más allá de la experiencia, para manejar el futuro. (p.183)

Es importante que el paciente tenga una comprensión del hecho basado en la realidad, para ello el terapeuta pedirá al paciente que relate la historia con detalles, diversas emociones resurgirán al narrar el hecho. De acuerdo a Slaiukeu (2000) “Al forzar a un paciente a reflexionar sobre las realidades del incidente, esta actividad opera como un importante paso hacia la comprensión y, en algunos casos, desmitificación del mismo, con la meta de, finalmente sobrepasar los elementos dolorosos” (p.184)

Posteriormente, recordado el hecho, el paciente debe identificar el significado que este secuestro tiene para él, como entra en conflicto con las expectativas y mapas cognitivos, se debe poner atención en los sueños diurnos y nocturnos, los pensamientos clave, las creencias e interpretaciones del hecho que percibe desató las crisis, al escuchar al paciente el significado de la crisis debe detectar cualquier error cognoscitivo (sobregeneralización y catastrofización), conceptos erróneos o creencias irracionales. Se recomienda usar preguntas y aseveraciones reflexivas (esclarecedoras) y así extraer los procesos de pensamiento del paciente. Una vez que se han obtenido suficiente información, es momento de que el paciente saque sus conclusiones por sí mismo, esta interpretación debe de partir de la información que el terapeuta y paciente han generado juntos. El objetivo es que el paciente haga algún insight entendiendo por qué el secuestro lo ve como una crisis.

Posteriormente se realiza un proceso de dominio cognoscitivo en donde se trabaja una reestructuración cognitiva de imágenes y de sueños que fueron destruidos por la crisis. Taylor (1983), describe una teoría de adaptación cognoscitiva para acontecimientos amenazantes la cual se compone de:

- a) Una búsqueda de significado en el acontecimiento.
- b) Un esfuerzo para obtener dominio sobre el acontecimiento.
- c) Un intento de autoafirmación y una restauración en la autoestima en el proceso de adaptación. (Citado por Slaikou, 2000).

2.3.2.3.4 Adaptaciones conductuales

El último paso se basa en el cambio conductual, para ello el terapeuta analiza el funcionamiento del perfil antes de la crisis, para identificar actividades que se han visto afectadas o se han dejado de realizar por el hecho, para ello se priorizan los cambios conductuales y juntos (terapeuta y paciente) abordan decisiones.

La familia también se puede incluir, ya que el terapeuta prepara a todos los miembros para expresar la forma en que cada uno vive la crisis y como apoyo para la persona secuestrada, debido a que en muchas ocasiones las personas quieren ayudar y no saben cómo, por lo que muchas veces llegan a ser inapropiadas.

CAPÍTULO III

VÍCTIMA

3.1 Definición

La palabra víctima proviene del latín “victima”, Neuman (s.f) refiere que el vocablo víctima tiene dos variedades: vincire, animales que se sacrifican a los dioses y deidades o bien, vincere que representa a sujeto vencido (Citado en Márquez, 2011, p.238).

La víctima es la “persona que padece consecuencias dañosas de un delito” (RAE, 2001, 23° ed.). De acuerdo a Márquez (2011) se entiende a la víctima como “la persona que padece un daño, sea que estemos ante una víctima totalmente inocente o que haya participado directa o indirectamente en la producción de ese perjuicio, movida por sus inclinaciones subconscientes o inconscientes” (p.31)

Para los fines que persigue esta tesis, se estudió a la víctima que ha sufrido el delito de secuestro, el psiquiatra González menciona que el secuestro de una persona implica:

Someterla, en mayor o menor grado, a una situación de indefensión, de humillación y de pérdida del control sobre sus actos, sus decisiones y su vida en general.

Es, por tanto, un estado de estrés crónico y severo que escapa del control del individuo. El secuestro puede significar el aniquilamiento moral. (González, comunicado personal, 30 de abril de 2014).

3.2 Consecuencias psicológicas

Al analizar las consecuencias psicológicas que implica un secuestro, el terapeuta se da cuenta que no en vano Meluk (1998) la denomina:

La muerte suspendida en el que se agrita e incluso puede perderse el sentido de la vida, porque tanto la víctima como sus seres queridos, son colocados en posición de impotencia, es decir, con las manos y la conciencia literalmente atadas.” (p.4)

El psiquiatra González hace mención que las principales consecuencias psicológicas y emocionales que puede sufrir una víctima de secuestro incluyen:

- Desencadenamiento de una serie de trastornos mentales entre los que se cuentan el trastorno de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno por angustia... trastorno depresivo mayor y otros trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos crónicos del sueño...disfunciones sexuales, trastornos adaptativos, entre otros.
- Alcoholismo u otras adicciones.
- Pérdida de visión del mundo como un lugar seguro, pasando a percibirse como desolador. (González, comunicado personal, 30 de abril de 2014).

Es importante tomar en cuenta que para determinar el grado en que se ve afectada a una víctima de secuestro se deben tomar en cuenta las siguientes variables:

- Edad

- Sexo
- Grado de madurez psicológico
- Mecanismos de defensa
- Estabilidad emocional
- Antecedentes de experiencias traumáticas previas
- Redes de apoyo
- Intervención terapéutica oportuna
- Duración del secuestro
- Condiciones en que estuvo privada de su libertad la víctima
- Agresiones sufridas o incluso otros delitos cometidos en su persona durante el cautiverio.

De un modo más específico se presentan las consecuencias psicológicas que se pueden desencadenar en las fases del secuestro. Aristizábal (2000) describe los momentos de la crisis generada cuando ocurre el plagio:

- “Fase inicial: captura y noticia del secuestro
- Cautiverio: Periodo de adaptación y negociación
- Liberación o desenlace
- Reencuentro familiar
- Superación del trauma” (Citado en Agudelo, 2000, p.26).

En la fase inicial y en el cautiverio es importante que el psicólogo brinde el acompañamiento a la familia, debido al constante temor, incertidumbre, hipervigilancia, impotencia, falta de tranquilidad, de libertad (debido al temor que existe en salir y esperar las llamadas de negociación), el encontrarse en esta situación, puede revivir en los miembros de la familia situaciones anteriores no resueltas, culpa o impulsividad para manejar la situación por parte de algunos integrantes.

Es importante recalcar que en muchas ocasiones el psicólogo realiza la intervención con los miembros de la familia para contener la crisis, sin embargo al estar viviendo una situación fluctuante en donde se depende de las llamadas de los secuestradores, todo es incierto, por lo que al volver a tener contacto con ellos o al tener noticias, algunos integrantes de la familia vuelven a perder la estabilidad emocional, es aquí, cuando el papel del psicólogo es fundamental para ayudar a la familia a esclarecer los asuntos por resolver, y analizar las tomas de decisiones y las consecuencias que estas puedan traer.

En la etapa de liberación, cuando el secuestrado regresa a su hogar, es importante trabajar, el nuevo periodo de adaptación, trabajar con los sentimientos encontrados de alegría, tristeza, rabia, remordimiento, ira, compasión. En la víctima se centran el trauma del cautiverio, la autonomía, el mundo afectivo, el regreso al trabajo, el querer recuperar el tiempo y las vivencias que hubo en el en la familia. Sin embargo el proceso terapéutico, no es fácil con la víctima ya que como lo Menciona Bettelhiem (1981) describe tres tipos de respuesta que se producen ante las situaciones de trauma:

Algunos sucumben ante las devastadoras consecuencias del trauma, otros hacen un intento por minimizar los efectos del mismo, y otro grupo emprende la lucha, durante toda la vida, por tratar de hacer frente a las dimensiones más terribles de la existencia. (Citado en Agudelo, 2000).

Algunas víctimas en el momento inicial muestran negación ante el trauma, como una defensa ante el dolor que provoca el recordar el acontecimiento, lo que lo hace menos angustiante. Otras víctimas no hablan de los hechos vividos, prefieren omitir o borrar lo acontecido, y finalmente, otras víctimas se llegan a victimizar aún más buscando atenciones especiales de quienes le rodean.

Ahora bien, en este caso hemos visto cuando la víctima regresa a su casa, sin embargo, existen circunstancias poco favorables, cuando nunca se vuelve a saber de él, o cuando hay que preparar a la familia para el reconocimiento del cadáver.

3.3 Sintomatología de acuerdo al DSM -5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), fue elaborado por la American Psychiatric Association, “el cual contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales” (Fundación CADAH, 2012).

Cuando el psicólogo realiza una evaluación psicológica forense clasifica, de acuerdo al DSM-5, el trastorno que presenta la víctima de acuerdo a la temporalidad del hecho y al número de criterios que reúne. Es importante hacer hincapié que la persona que ha sufrido un secuestro no ha cumplido una temporalidad de 3 días, posterior al secuestro, no podrá ser clasificado bajo un trastorno, para ello, Fernández (2010), menciona las reacciones habituales ante el estrés, las cuales atraviesan por cuatro etapas: Fase aguda, fase de reacción, fase de reparación y fase de reorientación, para nuestro estudio solo se mencionara la primera etapa.

Fase aguda: pasados los primeros momentos. Se producen estados afectivos intensos. Respuestas emocionales manifiestas: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad. En ocasiones esta descarga emocional es tardía, con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación de esfínteres, respuestas agresivas. Alteración relaciones interpersonales, Pueden producirse diferentes respuestas según sexos. (p.8)

Las características de esta fase son las que se pueden mencionar en la evaluación psicológica forense, cuando no se llega a cumplir la temporalidad de tres días para ser considerado como un trastorno agudo.

A continuación se mencionan los trastornos del DSM-5, en los que generalmente y de acuerdo a las condiciones de la persona que ha vivido un delito de secuestro pueden clasificarse, estos se encuentran dentro de la clasificación trastornos relacionados con traumas y estresores.

3.3.1 Trastorno por Estrés Postraumático

Como lo menciona la Guía de Consulta de los Criterios DSM-5, este trastorno puede presentarse en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, se caracteriza por la experiencia directa de la persona al suceso traumático, o que un familiar cercano haya vivido un delito violento, recuerdos o sueños con angustia, presentar reacciones disocitivas, malestar psicológico intenso o evitación al exponerse a sucesos tanto internos como externos parecidos al suceso traumático, incapacidad para recordar detalles del suceso, disminución de las actividades significativas, estado emocional negativo persistente, hipervigilancia, respuestas de sobresalto, problemas de concentración, etc.

Para poder diagnosticar este trastorno es importante que haya transcurrido un mes posterior al evento.

3.3.2 Trastorno de Estrés Agudo

Los criterios de este trastorno son similares al trastorno por estrés postraumático, sin embargo para poder diagnosticarlo debieron haber pasado tres días inmediatamente después del trauma hasta un mes.

3.3.3 Trastornos de adaptación

Se desarrollan síntomas emocionales o del comportamiento por un factor o factores identificables, producidos en los tres meses siguientes a este, los síntomas son clínicamente significativos por que producen malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés y se presenta un deterioro importante en áreas importantes del funcionamiento de la persona.

CAPÍTULO IV

TERAPIA MULTIMODAL

4.1 Antecedentes

Arnold Lazarous en 1958 introdujo los términos terapia de conducta y terapeuta de conducta, inicio con el desarrollo de la Terapia Multimodal a partir de los años setenta, con un corte cognitivo–conductual, sin embargo con el paso del tiempo incluyo un tratamiento que incluía técnicas más allá del conductismo, lo que lo llevo a romper relaciones con Wolpe quien no estuvo de acuerdo en el eclecticismo del autor.

Wolpe y Lazarus (1966), mencionan que Lazarus participó como coautor del primer manual de terapia de conducta "Behavior therapy techniques" (citado por Ruiz, Cano, sin fecha). Este autor hace importantes aportaciones como la desensibilización sistemática a las fobias, la terapia de conducta de la depresión, la aplicación de métodos operantes y respondientes a los trastornos infantiles.

4.2 Definición

Kertész (2005) considera a la Terapia Multimodal como un modelo “sencillo, de rigor científico, estratégico y flexible, al margen del diagnóstico psiquiátrico que se haya realizado, permite un plan a medida, que respeta la individualidad de cada persona”. (p.115) Sin embargo Tobón y Nuñez (2005) mencionan que la terapia multimodal se considera dentro de los enfoques terapéuticos eclécticos, entendiendo este concepto “como el intento por reunir el conocimiento de muchas ciencias o juntar muchas técnicas de diferentes campos para abordar mejor un determinado asunto” (p. 1).

Lazarus no se consideró totalmente conductista, en su obra menciona la necesidad de replantear la reformulación de la terapia de conducta al uso, adaptar la terapia a las características personales del individuo en terapia, el análisis del tratamiento con base en las

expectativas, necesidades del paciente, tomar en cuenta los aspectos socioculturales, así como empleo de técnicas cognitivas (Kertész, 2005)

El perfil multimodal consiste en la descripción del estado actual de una persona, en cada uno de los siete modales o variables de la personalidad total. De acuerdo a las siete funciones y la interacción de estos, se definen los objetivos y se busca el tratamiento específico, para ello se utilizan técnicas que son tomadas de las diferentes escuelas de psicología en atención a las características de cada persona, Kertész (2005) menciona que “Lo eficaz y ético es adaptar las técnicas a cada caso individual, en forma ecléctica”. (p.5)

El modelo de Lazarus vino a abrir nuevos panoramas e ideas, hizo cambios en la idea de que una sola corriente de psicología se aplica a todos los problemas que presenta la persona.

4.3 Modales

El primer paso para obtener la información de los modales es la aplicación del Cuestionario Multimodal sobre la Historia de Vida, de este se desprenden datos que permitirán conocer cuáles serán las área a trabajar y, partiendo de esta información realizar el abordaje terapéutico.

La terapia multimodal de acuerdo a Lean (2013) estudia siete modalidades de funcionamiento personal que denomina “B.A.S.I.C.Co.S”, los cuales son:

- Biológico: Lista de medicamentos y drogas consumidas. Actividad física y ejercicio. Dieta y alimentación. Enfermedades padecidas pasadas y actuales relevantes.
- Afectos: Emociones sentidas más frecuentes. Emociones indeseadas. Qué conductas presenta el sujeto cuando experimenta esas emociones. Kertész (1993) “El significado subjetivo y sentido de las experiencias” (Citado por Kertész, 2005). Las principales son: afecto, gozo, miedo, rabia, tristeza. (Kertész, 2005)
- Sensaciones: Listado de sensaciones negativas experimentadas. Efectos sobre los afectos de esas sensaciones (anotar el modal afectivo) y la conducta (anotar en modalidad conducta). Sensaciones más placenteras. Sensaciones y estimulación. Las percepciones de cambios en el funcionamiento corporal (hambre, dolor, etc.). (Kertész, 2005).
- Imaginería: Sueños, recuerdos o imágenes recurrentes de carácter molesto. Auto imagen física-corporal. Imágenes y fantasías preferidas. Efectos sobre las otras modalidades. Representaciones de los datos de los sentidos (visuales, auditivos, olfativos, gustativos, táctiles). Vinculables principalmente con el hemisferio derecho. (Kertész, 2005).
- Conducta: actividades y conductas manifiestas. Hábitos o actividades que se desearía incrementar. Hábitos o actividades que desearía disminuir. Habilidades o carencias conductuales.
- Cognitivo: listado de auto diálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales. Expectativas

sobre la terapia y atribuciones de cambio. Efecto de las cogniciones sobre las otras modalidades.

- Social: Problemas con otras personas. Cómo afectan o reaccionan estas personas ante las conductas del paciente. Cómo afectan las conductas del paciente a estas personas. Gama, tipo, calidad y cantidad de las relaciones sociales. Asertividad y habilidades sociales. (s.p)

CONCLUSIONES

Posterior al análisis de la información encontrada en torno a los diversos temas que se trataron a lo largo del desarrollo del manuscrito recepcional, es importante destacar que la violencia actualmente vivida en el Estado de Oaxaca obliga a las autoridades competentes a contratar y a capacitar a mayor número de psicólogos que atiendan a las víctimas que se presentan a denunciar los diversos delitos.

La UECS área de la Fiscalía General del Estado encargada de la Atención Especializada en el delito de secuestro, procura el bienestar de la persona que ha sido vulnerada brindándoles ayuda psicológica a través del Centro de Atención a Víctimas, personal que tiene a su cargo el primeros auxilios psicológicos y acompañamiento a la familia

cuando la persona se encuentra secuestrada, contención de crisis cuando la víctima ha sido liberada, preparación y acompañamiento para las audiencias y psicoterapia breve.

Karl. A. Slaikeu proporciona valiosa información acerca de la teoría de la crisis, modifica el perfil multimodal de Lazarus y lo reduce de siete modales a cinco, retomando las áreas conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitiva, cabe mencionar que todos los autores que fueron consultados basan la información del Perfil CASIC en el primer autor, por lo que se considera importante tener por escrito la experiencia de los psicólogos y terapeutas que diariamente atienden a personas en situación de crisis.

Basado el perfil en la terapia multimodal el psicólogo evalúa cada una de las áreas, para posteriormente tratar los puntos que detienen a la persona en el crecimiento, muchas veces no es necesario que se traten todas pues al enfocarse a una por su interacción con otra área las ganancias obtenidas la benefician.

Considero que es un perfil que nos aporta mucha información acerca del amplio panorama de la vida de la persona, el cambio de conductas de la personas considero que muestra que la terapia de crisis basada en el modelo multimodal ha tenido cambios importantes, por lo que considero que es un área que nos indica que vamos avanzando.

Sin embargo para la utilización de este perfil es importante practicarlo de manera constante, ya que de primera impresión se pensaría que es una entrevista muy larga y en caso

de no ser realizada con el tono de voz adecuada puede incluso la víctima que se encuentra sensible pensar que es una intromisión por parte del psicólogo en todas las áreas de su vida.

Para la aplicación de este perfil considero que algunas de las preguntas contenidas en cada rubro se pueden sintetizar, con el fin de no llegar a ser tan tediosa la primera entrevista.

La resolución de la crisis a partir del Perfil CASIC que propone Slaikeu de cuatro fases (supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales), considero que es una pauta muy importante para que el psicólogo guie a la persona a través de estos pasos en la traslaboración de la crisis.

En cuanto a la Terapia Multimodal retomó el enfoque ecléctico, para tomar de las diferentes escuelas de psicoterapia las técnicas que mejor se adecuen a las necesidades del paciente en ese momento, ya que puede suscitarse el mismo delito de secuestro en diferentes personas pero su capacidad de afrontamiento va en función del tipo de secuestro, duración del mismo, implicación de otro delito más durante el tiempo de cautiverio (abuso sexual, violación, muerte de otra persona secuestrada), condiciones sanitarias del lugar, la edad, el sexo, fortalezas y recursos previos del cautiverio (recursos intelectuales, valores, creencias, estrategias para resolver conflictos, autoestima, proyecciones hacia el futuro, resiliencia), experiencias traumáticas anteriores, rol de la persona secuestrada dentro de la familia, redes de apoyo.

Propongo que los estudiantes podamos conocer más a fondo la terapia multimodal y el Perfil CASIC para la aplicación de la terapia, con el fin de constatar los resultados de la misma en resultado palpables, como es la conducta.

ANEXO 1.

Síntesis de la valoración de la crisis

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Nombre del consejero: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Este cuestionario puede utilizarse lo mismo como una guía para una entrevista de admisión para alguien en crisis que como una hoja de síntesis para registrar la información recopilada del

paciente, un miembro de la familia, fuente de referencia y otros. Cuando se utilice como una guía de entrevista, es importante adoptar un enfoque flexible, que permita al paciente determinar la secuencia de su informe tanto como sea posible, y para reordenar las preguntas según la disposición del paciente para analizar los distintos aspectos de la crisis.

I. Incidente Precipitante

¿Cuál incidente provocó la crisis?

¿Cuándo ocurrió este incidente?

¿Quién resultó implicado junto con el paciente?

Describa incidentes similares que hayan ocurrido antes en la vida del paciente.

II. Presentación del Problema

¿Cuál es la descripción del paciente sobre el(los) problema(s) en el momento en que la terapia comienza?

¿Cómo difiere esto de las preocupaciones asentadas por la familia y/o la fuente de referencia?

¿Qué espera el paciente consumir como resultado de la terapia? _____.

III. Problemas contextuales

Haga una breve descripción de los miembros de la familia y de su implicación en la crisis

Recursos y/o limitantes de la comunidad vecinal en el momento de la canalización:

Presiones de trabajo/oficina sobre el paciente, lo mismo que las fuentes de apoyo identificables:

IV. Funcionamiento CASIC previo a la crisis

Para cada etapa del desarrollo de la vida del paciente, identifique aspectos del funcionamiento conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo, que incidan de manera más directa sobre la crisis en curso.

Infancia:

Pubertad:

Adolescencia:

Edad adulta joven:

Edad mediana:

Retiro:

V. Funcionamiento CASIC en la crisis

Examine el impacto del incidente de crisis sobre cada una de las cinco modalidades.

Funcionamiento Conductual: Investigue cómo ha afectado el incidente de crisis al comportamiento del paciente. Para cada una de las áreas siguientes, indique el impacto del incidente de crisis:

No hubo Impacto	Ocurrió un Cambio	Especifique
--------------------	----------------------	-------------

- () () Trabajo:_____.
- () () Ejercicio:_____.
- () () Uso del tiempo del espacio:_____.
- () () Habitos de alimentacion:_____.
- () () Fumar:_____.
- () () Habitos de bebida:_____.
- () () Uso de droga:_____.
- () () Sueño_____.
- () () Control sobre los sentimientos (por ejemplo, ascenso de la temperatura, llanto frecuente, etcétera):_____.

Enliste tres de las actividades favoritas del paciente:

1.-_____.

2.-_____.

3.-_____.

En promedio, cuánto tiempo emplea/empleaba el paciente en el desempeño de estas actividades:

Ahora 3_____hrs/semana

Antes del incidente de crisis

1_____hrs/semana

2_____hrs/semana

1_____hrs/semana

2 _____ hrs/semana

3 _____ hrs/semana

Funcionamiento afectivo:

Examine los sentimientos que son más característicos del paciente en su vida presente. (Marque tantos como se apliquen).

Excitado () Abrumado () Ansioso ()

Iracundo () Tenso () Energético ()

Solitario () Animado () Culpable ()

Feliz () Fatigado () Cómodo ()

Triste () Atemorizado () Aburrido ()

"Aturdido" () Celoso () Exhausto ()

Relajado () Satisfecho () Otros ()

_____.

_____.

_____.

¿En qué situaciones se siente el paciente más perturbado?

_____.

¿En qué situaciones se siente el paciente más relajado?

_____.

¿Qué situaciones/incidentes/experiencias pueden hacer que el paciente sea más feliz?

_____.

_____.

¿Qué experiencias podrían provocar ira al paciente?

¿En qué situación(es) sería más probable que el paciente perdiera el control sobre sus emociones?

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente con más frecuencia?

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente con menos frecuencia?

¿Cuáles sentimientos fueron característicos del paciente antes del incidente de crisis?

Funcionamiento somático:

Examine el impacto del incidente de crisis sobre el bienestar físico del paciente. ¿La crisis fue causada por una pérdida física (cirugía, enfermedad, pérdida de un miembro corporal, etcétera)

No

Si

Si la respuesta es sí, describa la exacta naturaleza de la pérdida y el impacto sobre otras funciones del organismo

Describa cualesquier males físicos asociados con el incidente de crisis (por ejemplo, dolores de cabeza, tortícolis, retortijones estomacales, etcétera).

¿Cuáles de estos problemas son una reactivación de males físicos previos?

¿Estos males físicos necesitan del tratamiento de un médico?

No Si _____ (nombre del médico)

¿Estos males usualmente requieren cambios en el estilo de vida del paciente?

- No Cambio de ocupación
 Cambio de actividades de ejercicio/recreativas Cambio de dieta
 Otros _____

Evalúe el nivel global de la tensión física que experimenta este paciente:

- Relajado por completo Tenso en extremo

¿El paciente toma medicamentos ahora?

- No Si _____ (liste los fármacos prescritos)

_____.

_____.

Otros aspectos de la salud física del paciente anterior a la crisis, los cuales no se abordaron antes:

_____.

_____.

_____.

Relaciones interpersonales:

Lo siguiente concierne a aspectos importantes de las relaciones del paciente con otras personas. El enfoque principal es acerca de cómo estas relaciones pueden obstaculizar o facilitar una resolución adaptativa para la crisis.

¿Tiene el paciente lazos familiares estrechos?

() No () Si (especifique)_____.

_____.

¿Tiene el paciente amigos cercanos?

() No () Si (especifique)_____.

_____.

¿El paciente es miembro de una organización social (iglesia, club social, etcétera)?

() No () Si (especifique)_____.

_____.

¿Quién es usualmente la persona más importante en la vida del paciente?

_____.

_____.

¿Cuál es el impacto del incidente de crisis sobre las relaciones sociales del paciente (en el cónyuge, los hijos, los amigos, etcétera)?

_____.

_____.

_____.

¿Quién es la red social que puede enfocarse a ayudar al paciente a translaborar la crisis?

_____.

_____.

¿El paciente está abierto a aceptar ayuda de la familia o los amigos?

() Si () No ¿por qué? _____.

_____.

_____.

¿Quién en la red del paciente podría obstruir una resolución exitosa de la crisis?

_____.

Describa el estilo interpersonal del paciente durante el tiempo de crisis:

() Aislamiento () Agresividad

() Dependencia () Asertividad

() Gregarismo () Independencia

() Rechazante () Otros _____.

_____.

Sobre todo, el paciente describe sus relaciones interpersonales como:

	Satisfactoria	Aceptable	Conflictiva-abrumadora
Con sus padres	()	()	()
Con sus parientes	()	()	()
Con su conyuge	()	()	()
Con sus hijos	()	()	()

Con sus compañeros de trabajo () () ()

Con sus amigos () () ()

Con sus vecinos () () ()

¿La calidad de cualquiera de estas relaciones era diferente antes que ocurriera el incidente de crisis?

() No () Si (especifique)_____.

_____.

_____.

Funcionamiento cognoscitivo:

El siguiente conjunto de preguntas evalúa cómo el paciente percibe e interpreta el incidente de crisis.

Falso Verdadero

() El incidente de crisis amenaza la consecución de metas vitales muy valoradas.

() Especifique_____.

() El paciente verbaliza muchas aseveraciones del tipo "debería haber".

() especifique_____.

- El paciente se siente responsable por el acontecimiento del incidente de crisis.
- El paciente reflexiona con excesividad sobre el incidente de crisis y/o sus consecuencias.
- especifique_____.
- El paciente se siente responsable por el acontecimiento del incidente de crisis.
- "Todo es culpa mía".
- "No es completamente culpa mía, pero yo contribuí a ello".
- "En verdad estoy confundido. Puede ser que haya sido culpa mía".
- Desde el incidente de crisis, el paciente experimenta pesadillas.
- especifique_____.
- Desde el incidente de crisis, el paciente tiene fantasías destructivas recurrentes.
- Autodestructivas
- Homicidas.
- De maltrato hacia su cónyuge.
- De maltrato hacia un hijo.
- Como resultado del incidente de crisis, el paciente tiene pensamientos/imágenes aprensivas acerca del futuro.
- especifique_____.

Examine los patrones con los que el paciente se habla a sí mismo. ¿Qué aseveraciones acerca de sí mismo se relatan?

¿Qué indicaciones existen acerca de que el paciente pueda estar utilizando el humor para salir adelante con la crisis?

¿El humor es "satírico" (defensivo, de ataque, de evitación) o "cómico" (de integración o conexión con otras personas)?

Indique la presencia de cualquiera de los siguientes:

() Catastrofización () Hablarse a sí mismo de modo irracional () Alucinaciones

() Delirios () Racionalizaciones () Energético

¿El incidente de crisis desencadenó "asuntos inconclusos" (crisis previas resueltas de un modo no exitoso, conflictos reprimidos, etcétera)? Explique.

Describe las preguntas religiosas o filosóficas destacadas por el paciente (por ejemplo: "¿Cómo pudo Dios permitir esto?")

¿Cómo ha afectado la crisis la autoimagen del paciente?

Describe cualesquier sueños diurnos y nocturnos recurrentes

¿Cuál era la representación mental del paciente acerca de la vida antes de la crisis?

¿Y ahora?

¿Para el futuro?

C. La variable (por ejemplo, el pensamiento, el comportamiento) que incide pMa la mayor discrepancia en la desorganización global del paciente es:

D. Los sistemas no afectados de manera notable por esta crisis son:

E. Las áreas de la vida del paciente que se han fortalecido con la crisis son:

F. Los recursos personales o fortalezas más obvios de este paciente son:

G. Los recursos sociales o fortalezas más obvios de este paciente son:

H. En síntesis, la interacción entre el(los) incidente(s) precipitante(s) y los conflictos personales previos no resueltos, las principales expectativas o las metas vitales son

VII. Síntesis CASIC:

Plan de tratamiento

Identifique las actividades específicas del paciente bajo cada encabezado:

A. Supervivencia física

B. Expresión de sentimientos

C. Dominio cognoscitivo

D. Adaptaciones conductuales/interpersonales



Nota: Recuperado de Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2000. Manual Moderno

BIBLIOGRAFIA

Acuerdo 02/2009 del Ciudadano Procurador General de Justicia del Estado de Oaxaca, por el que se crea la Unidad Especializada de Investigación para el delito de Secuestro. Extra Periódico Oficial. Oaxaca. 10 de agosto de 2009.

Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad. Diario Oficial de la Federación. México. 25 de agosto de 2008.

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5. Recuperado de: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxzYW5qaW5lenBzaWNvbG9naWF8Z3g6MWY4OWQ5ZGM0NTRiZDcwOA>

Anders, V. (1998). Diccionario Etimológico. Chile. Extraído de: <http://etimologias.dechile.net/?secuestro>

Anónimo, (2013). Perfil multimodal “B.A.S.I.C.CO.S” de Arnold Lazarus y el “cerebro Triuno” de Mac Lean. Buenas Tareas. México. Obtenido de: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Perfil-Multimodal-b-a-s-i-c-Co-s-De-Arnold-Lazarus/30959402.html>

Bordignon, N.A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. Vol. 2 (2), pp.50-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Corona, F. (2011). Intervención en crisis y evaluación del sistema CASIC en personas con amputación. (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35683/1/coronaherreraflor.pdf>

De Pina, R. (2004). *Diccionario de Derecho*. México: Editorial Porrúa.

Echeburúa, E., De Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?. En *Psicología Conductual*. [Fecha de consulta el 12 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/04%20echeburua%20373-387.pdf>

Enesco, I. (2001). *Psicología del Desarrollo*. España. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psicoevo/Profes/IleanaEnesco/Desarrollo/PsDesarrolloEnesco.pdf>

Fernández, L. (2010). Modelo de intervención en crisis. En busca de resiliencia personal. Recuperado de: <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

García, J. (s.f). *Comunicación: la escucha activa*. España: Psicoterapeutas. Recuperado de: http://www.psicoterapeutas.com/terapia_de_pareja/escucha_activa.html

González, A. (miércoles 30 de abril de 2014). Sobre psicopatología del secuestro. [Mensaje en un blog]. Pregúntale al psiquiatra. <http://preguntalealpsiquiatra.blogspot.mx/2014/04/a-continuacion-publico-una-entrevista.html>

González, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Scielo*. No.79. s.p. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004

Kertész, R. (2005). El enfoque Multimodal y las Escuelas de Psicoterapia. *Dialnet*. España. IIPSI. Vol. 8 (2), 113-127. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2238173.pdf>

Ley General para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro, Reglamentaria de la Fracción XXI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México. 30 de noviembre de 2010.

López, G. (2015). El secuestro, su tipificación jurídica y las acciones de y persecución del delito, una valoración social en México, 2000-2012. Movimiento ciudadano. Recuperado de: <https://movimientociudadano.mx/sites/default/archivos/investigaciones/investigaciones/12.%20El%20Secuestro%20y%20su%20tipificacion.pdf>

Márquez, A. (2011). La victimología como estudio. Redescubrimiento de la víctima para el proceso penal. *Prolegómenos. Derechos y Valores*. Vol. XIV. (27), enero-junio, pp.27-42. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/876/87619038003.pdf>

Martínez, E., Habana M., Heras, A., Sánchez, I. & Valdez, J. (06 de septiembre de 2011). Arrojan 5 cabezas humanas en el centro nocturno de Uruapan. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2006/09/07/index.php?section=estados&article=037n1est>

Martiñón, G. (2008). El delito de secuestro. Granada: Universidad de Granada. Obtenido de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2048/1/17658822.pdf>

Meluk, E. (1998). El secuestro una muerte suspendida. Bogotá. Uniandes.

Moratto, N. Zapata, J. Messeger. T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicología 2015, 8 (2), pp.103-121. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>

Myers, D. (2005). Psicología. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Observatorio Nacional Ciudadano. Incidencia delictiva del Fuero Común 2017. [En línea]. México: Centro Nacional de Información, Febrero 2017. [Fecha de consulta el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: http://onc.org.mx/wp-content/uploads/2017/05/170501mensual-marzo_2017_VF.pdf

Observatorio Nacional Ciudadano. Incidencia delictiva del Fuero Común 2017. [En línea]. México: Centro Nacional de Información, Marzo 2017. [Fecha de consulta el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: http://onc.org.mx/wp-content/uploads/2017/04/Rep_Febrero17_VF.pdf

Papalia, D., Wenkos, S. y Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill Interamericana.

Pares, M. (2007). El delito de Secuestro. México: Editorial Porrúa.

Pérez, C. (31 de Marzo de 2003). El Síndrome del Superviviente. Naturpsico. Recuperado de: <http://www.naturpsico.net/>

Pocar, I.,(s.f.). Cuando y donde se aplican los PAP. [Diapositivas]. UTCCB. Centro de crisis de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23a ed.). Madrid, España. Consultado en: <http://dle.rae.es/?id=XPzxQ8f>

Rendón, M., Agudelo, J. (2011, julio-diciembre). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. [Archivo PDF]. *Hallazgos*, vol. 8, 219-242. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835206013.pdf>

Rice, F. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital. México: Prentice-Hall-Hispanoamerica.

Ruiz, J., Cano, J. (sin fecha). La terapia multimodal como alternativa. España. Psicología Online. Formación, Autoayuda y Consejo Online. <http://www.psicologia-online.com/links/JG/ESMUbada/articulos/teramult.htm>

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Incidencia delictiva del Fuero Común 2017. [En línea]. México: Centro Nacional de Información, Abril 2016. [Fecha de consulta el 14 de abril de 2017]. Disponible en: http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/estadisticas%20del%20fuero%20comun/Ciei-sp2017_042017.pdf

Tobón, S., Nuñez, A., (2005). Terapia Multimodal de A. Lazarus: un análisis crítico. España. Psiquiatria.com. Obtenido de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/13/54/65/1354>

652221954566 98503068464926116115167

Vélez, D., Vélez, M., López, J., Díaz, C., Cendejas, M., Rivas, F., Fernández, J.,...Pérez, V. [en línea]. Análisis Integral del Secuestro en México. Como entender esta problemática. México: Observatorio Nacional Ciudadano Seguridad, Justicia y Legalidad, 2014. [Fecha de consulta: 08 de febrero de 2017. Disponible en: <http://onc.org.mx/2014/08/26/analisis-integral-del-secuestro-en-mexico-como-entender-esta-problemaica/>

(s.a.) (s.f). *¿Qué es el DSM? ¿Afectará la nueva versión DSM-5 AL TDAH?*. España: Fundación CADAH. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-es-el-dsm-iv-tr-afectara-la-nueva-version-dsm-5-al-tdah.html>