

244
24.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA

PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
DEL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE
DELITO VIOLENTO EN EL A.D.E.V.I.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

ESTELA DEL CARMEN RUIZ CAMACHO



DIRECTORA DE TESIS: LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRES

ASESOR METODOLÓGICO: LIC. NÉSTOR FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F. A

DE 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA

**PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
DEL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE
DELITO VIOLENTO EN EL A.D.E.V.I.**

**ALUMNA: ESTELA DEL CARMEN RUIZ CAMACHO
MATRÍCULA: 8634713-0**

DIRECTORA DE TESINA

PROFA: JOSETTE BENAVIDES TOURRES

OCTUBRE DE 1997

AGRADECIMIENTOS

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA:

Por permitirme ser uno de sus orgullosos egresados y aplicar los conocimientos adquiridos a nivel práctico.

A MIS PADRES:

Ustedes han sido un pilar para mi y les dedico con todo mi amor este trabajo.

A JOSETTE:

Al impulsarme en una lucha que en momentos parecía inalcanzable y hoy se concretiza.

A NESTOR:

Por estar en todo momento con el sin fin de alternativas y apoyos siendo un gran amigo en este camino.

A MIS MAESTROS:

Revisando, enseñando y sembrando semillas que me permiten amar esta carrera.

A BÁRBARA:

Cristalizando un proyecto que juntas hemos ido creando, gracias por tanto apoyo.

A JUAN Y MARY:

Las desveladas y todo aquello que surgió a lo largo de la creación del trabajo gracias.

Y a todas las personas que han confiado en mi impulsando mi crecimiento.

**ESTELA DEL CARMEN
RUIZ CAMACHO.**

CONTENIDO

	Pág.
OBJETIVO GENERAL	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	5
MARCO HISTÓRICO	9
IMPACTO VICTIMAL DEL DELITO VIOLENTO QUE GENERÓ ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	16
REVISIÓN DE LA NECESIDAD DE APLICAR UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO	19
PRINCIPALES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	21
PROPUESTA	34
INTERVENCIÓN AL EPT EN DELITO VIOLENTO	38
CONTENCIÓN AL ESTRÉS PARA PSICOTERAPEUTAS	40
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52

PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DEL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE DELITO VIOLENTO EN EL A.D.E.V.I.

(Centro de Atención Sociojurídica a Víctimas de Delito Violento)

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal

OBJETIVO GENERAL

Con el fin de promover la readaptación idónea de víctimas de delito, se presentan una serie de alternativas de atención profesional del Estrés Post-traumático. A través de diversos marcos teóricos principalmente se busca la base desde un enfoque cognoscitivo conductual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Presentar una alternativa de intervención psicoterapéutica para trabajar el Estrés Post-traumático.
- Sugerir técnicas utilizadas en el trabajo psicoterapéutico de Estrés Post-traumático.
- Implementar manual de procedimientos.
- Proponer grupos de contención del estrés en profesionales que trabajan delito violento.

INTRODUCCIÓN

Las primeras investigaciones que se realizan sobre Estrés Post-traumático (EPT) se registran en los Estados Unidos de Norteamérica (Bullman, 1994), como respuesta a la demanda civil por el estado de inadaptación que se observa en los veteranos de guerra así como las repercusiones sociales de tales trastornos. Kardiner 1941, hablaba del EPT definiéndolo bajo el concepto de Fisioncrosis, que comprendía sintomatología semejante a la que hoy se conoce del Estrés Post-traumático: aunque en el Código de Hamurabi (1730-1688 a. de c.) existe referencia de estos padecimientos debido a la famosa Ley del Talión.

En 1942 en Boston se inició un tratamiento de Intervención en Crisis debido a un gran incendio, que ocurrió, se trabajó con los familiares y se vio la importancia de un tratamiento de emergencia que ayudara a los sobrevivientes a elaborar los procesos de duelo, asimismo en el tratamiento para Estrés Post-Traumático se han encontrado características similares que implican una atención inmediata (Slaikeu, 1988).

El EPT es un padecimiento que afecta al individuo, la familia y la sociedad, al provocar en ellos sentimientos como: vulnerabilidad, angustia, desprotección e inseguridad, los cuales contribuyen de manera significativa para que la persona se viva y se perciba cada vez más sensible a volver a experimentar algún evento como el que generó dicho estrés. Sin embargo, la inseguridad constante que rodea al individuo a partir de que sufre un delito violento, lo hace sujeto vulnerable a volver a vivir un evento de este tipo. Aún cuando conscientemente no quiera revivir el evento traumático, en muchas ocasiones se expone a situaciones riesgosas que pueden favorecer actos violentos.

Es importante reconocer los diferentes síntomas que puede presentar, los cuales le impiden continuar su vida cotidiana de manera normal; dichas víctimas ven alterada su sensación de seguridad que todos poseemos, una víctima no puede olvidar a voluntad el acontecimiento traumático y comentarios como:

“Olvida lo sucedido”, “Piensa en otra cosa”, “Hubieras hecho” o similares, pueden ocasionar un ulterior aislamiento de la víctima en el momento en que más comprensión necesita (Everstine 1983).

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

El EPT se evalúa, mide o detecta de manera referencial o indirecta, principalmente por los familiares del sujeto, quienes refieren los cambios observados a nivel conductual en la víctima.

De manera formal existe una diversidad de herramientas de medición como: el Missisipi, valoraciones, y de acuerdo con el DSM-IV con la aparición de por lo menos tres de los síntomas, esto es a partir que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, presenta recuerdos del acontecimiento recurrentes o intrusos que provocan malestar y en los que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, sueños recurrentes, malestar psicológico al exponerse a estímulos externos o internos que simbolizan o recuerdan el evento traumático, respuestas fisiológicas, evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, incapacidad para recordar, sensación de desapego, enajenación, sensación de un futuro desolador.

El implementar un programa de Estrés Post-Traumático para las víctimas de delito violento tiene la finalidad de considerar los momentos impactantes que pueden vivir las personas a partir de sufrir un delito violento, tomando en cuenta los síntomas que aparecen trabajando con ellos y buscando desaparecerlos.

Para enmarcar, los sujetos pueden mostrar al principio un gran temor hacia la agresión o el enojo de otros, sin embargo proyectan sentimientos negativos hacia las personas que se encuentran más cerca de ellos, pudiendo ser incluso un ser amado.

Existe un estado de hipervigilancia que se desarrolla en este tipo de víctimas el cual llega a ser en ocasiones recurrente, situación que les impide socializar y realizar diversas actividades: salir a la calle, pasar por un sitio determinado, realizar actividades sociales, salir a la misma hora que ocurrió el evento, muestran deseos de venganza, sensación de desesperanza, temor a sufrir de nuevo un posible daño; esto les provoca sentimientos de soledad, angustia, depresión, ansiedad y las aísla de

manera significativa, no obstante que en ocasiones de manera inminente los lleva a ideaciones suicidas, que no necesariamente llegan a concretarse (PGJDF 1996).

Es importante en este contexto trabajar la crisis, puesto que el sujeto se encuentra inmerso en ella y se asume como víctima, y a efecto de permitirle ver con claridad la situación concreta en la que se encuentra en estos momentos teniendo mayores elementos para recapitular su situación actual y se adapte a ella se ofrece la atención terapéutica.

En la ciudad de México, la violencia cada vez adquiere mayor número de víctimas, se desarrolla en el ambiente de manera tan común y ordinaria que prácticamente comienza a ser cotidiana para muchos de sus habitantes. Aparentemente, esta violencia se ha incrementado debido a las condiciones económicas y sociales que ha generado la actual crisis, basta señalar, por ejemplo, de enero a diciembre de 1995, nos encontramos que el índice delictivo en el Distrito Federal aumentó en un 36.35 % en comparación con 1994, es decir 598.90 hechos delictivos diarios en promedio (Centro de Información de la PGJDF 1995). Entre estos encontramos delitos como lesiones, robo, homicidio, daño en propiedad ajena, delitos sexuales.

Es necesario percatarnos que en muchas ocasiones un evento violento no necesariamente genera una sola víctima, puesto que a su vez puede generar otras víctimas indirectas también afectadas por el evento y que requerirán de una adecuada atención integral que abarque los diversos aspectos cognitivos conductuales del individuo.

La complejización de los estudios sobre víctimas de violencia han llegado a la conclusión que el Estrés Post-Traumático, no solo afecta a los sujetos involucrados en conflictos bélicos, sino además a todo sujeto que directa o indirectamente ha estado inmerso en situaciones estresantes, definiéndolo como cualquier evento que implique un fenómeno violento y/o adverso a las expectativas del sujeto y que manifieste características como: angustia, miedo, rabia, ansiedad, sentimientos de abandono, depresión, deseos de venganza, coraje, hipervigilancia, enojo, duelo, negación del evento.

Encontramos que cualquier violación a los derechos humanos del sujeto, ya sea voluntaria o accidentalmente puede degenerar en un trastorno psicológico que no solo altere de manera importante a éste o a su familia, sino que pase de víctima a victimario de tal suerte que el daño también sea social.

El avance de la delincuencia no puede tomar por sorpresa siempre a sus víctimas ni a quienes atienden y se enfrentan al fenómeno victimológico (Rodríguez Manzanera 1988).

En diferentes países, la intervención hacia EPT es diverso, en algunos casos se ha intentado a través de un programa de desensibilización, en México no se ha logrado utilizar la terapia cognoscitiva-

conductual puesto que es una corriente filosófica ecléctica y compleja que requiere conocimientos amplios, por ello se intenta proveer al sujeto de las herramientas necesarias para que pueda fortalecer sus sentimientos de seguridad que han sido minados; esto a partir de la revisión de sus propias capacidades personales manejando la desculpabilización que pudiera estar presente y disolviendo los argumentos que las personas llegan a construir a partir de haber estado en un evento y que pueden sintetizarse en los "si hubiera..."

Así, la finalidad del terapeuta que atiende a un sujeto con EPT es: promover la expresión de sentimientos, restablecimiento de la confianza, sensación de seguridad y trabajar los aspectos de vulnerabilidad, a través de técnicas que elaboren los sentimientos que surgen

a partir del contacto y la expresión de éstos, desmitificando por supuesto los posibles tabúes que impidan la catarsis.

Por ello el tratamiento a través de la intervención en crisis se ha demostrado que adquiere características de vital importancia, ya que el objetivo fundamental es tomar el lugar de la desorganización o la crisis que esta ocurriendo.

La intervención en crisis tiende a reducir la probabilidad de crecimiento o dominio para el individuo.

Cabe mencionar que debido a las características que encontramos se justifica una atención específica puesto que el sujeto se ve afectado por presentar: Trastorno repentino, lo inesperado, calidad de la urgencia, impacto potencial sobre comunidades completas, peligro y oportunidad.

Según Sheskin y Wallace (1976) el duelo es de mayor gravedad cuando la muerte no se anticipó y las fases que se siguen a partir de vivir una muerte repentina, en ocasiones dificulta que se superen de manera favorable.

Es importante tomar en cuenta que el EPT está asociado con un duelo debido a que involucra pérdidas morales, materiales y físicas, sin embargo al ser tan intempestivo y no previsto sugiere a la persona un estado de inseguridad que va a repercutir en su desarrollo normal. (Slaikeu, 1984).

Entre los psicólogos cognitivos modernos encontramos que buscan trascender los niveles polares en favor de modelos más comprensivos y complejos de la adaptación y del desarrollo humanos, se busca ser el objeto y el sujeto de la búsqueda, el que produce el cambio como el que se realiza (Mahoney, 1988).

Por ello es de vital importancia trabajar con modelos cognitivos que rescaten los recursos personales de los individuos y le ayuden a salir del proceso traumático donde se encuentra.

El ser humano al estar en una desviación aceptable a sus puntos de referencia, experimenta con mayor probabilidad la ecuanimidad del equilibrio, cuando se violan dichos límites se inician acciones en busca del balance (Bernard, 1957).

Los cambios emocionales están unidos a cambios personales significativos, se conceptualiza a las emociones como expresión y fuerzas de impulso de esos cambios (Mahoney, 1988).

Con ello podemos apreciar la importancia de trabajar un enfoque cognitivo a partir de sufrir un delito violento, puesto que existen cambios emocionales significativos que provocan en la persona que lo sufre y/o en sus familiares un desequilibrio, el cual necesita a partir de una readaptación, asimilarla en su nuevo esquema de vida.

MARCO HISTÓRICO

Entre los hallazgos más relevantes del EPT (DSM-IV) se observan con mayor frecuencia: tendencias suicidas, bajo control de impulsos, ideas de homicidio dependiendo de las características personales y de aquellas que acompañaron al evento, mayor tendencia a sufrir abuso de cualquier índole, trastornos afectivos, capacidad disminuida de autocuidado, desarrollo de dependencias intoxicantes, exacerbación de enfermedades crónicas dependiendo de la naturaleza, severidad y duración del evento traumático.

Por otra parte, las víctimas de delito violento presentan una serie de síntomas entre los cuales destacan: una gran dificultad para expresar sentimientos de ira, impotencia, enojo y frustración que surgen a partir de haber sufrido el delito.

Existen diferentes fantasías que están vinculadas con los diversos aspectos culturales del sujeto, abarca niveles de pensamiento mágico que puede llevarlos a justificar la agresión viviéndolo como "Castigo Divino". Lo anterior constituye una negación importante, que va acumulando una serie de sentimientos que al estar reprimidos buscarán necesariamente salida.

Al responder, las personas que se encuentran alrededor de la víctima, de manera exagerada pueden provocar que la víctima enmascare sus emociones con reacciones de hipersensibilidad a la ira o con respuestas emocionales intensas, promoviendo y fomentando una dependencia excesiva hacia las personas que le han brindado sentimientos de protección y seguridad (ADEVI 1996).

Es importante mencionar que la funcionalidad y la capacidad para relacionarse interpersonalmente se ve altamente alterada, así como continuar de manera usual con las actividades que en un principio eran cotidianas y no afectaban su salud emocional.

Las víctimas de delito violento al principio pueden mostrar gran temor hacia la agresión o el enojo de otros, sin embargo proyectan sentimientos considerados negativos hacia las personas que se encuentran más cerca de ellos, pudiendo ser incluso, un ser amado (Dutton, 1994).

El sujeto que presenta Estrés Post-Traumático lo deriva de una situación de alto conflicto que pudo o no, poner en riesgo su integridad física y cuya participación se dio de manera obligada a nivel directo, implica la participación propia del sujeto en el evento traumático como víctima del mismo.

A nivel indirecto ocurre como resultado de la exposición a través de referencias o por el nivel de involucramiento con la persona que vivió el evento traumático.

Por otra parte es importante mencionar que el EPT es un padecimiento que requiere una atención de intervención en crisis se ha encontrado que dicho trabajo tiene la finalidad de prevenir la inadaptación en la vida posterior a través de elaborar apropiadamente el o los duelos y así prevenir las psicopatologías (Caplan, 1964).

Asimismo encontramos que las características de las crisis circunstanciales implican:

- 1.- Trastorno repentino
- 2.- Lo inesperado (la gente piensa que le sucederá a alguien más)
- 3.- Calidad de Urgencia (Tener en cuenta prioridades para dar ejecución apropiada)
- 4.- Impacto potencial sobre comunidades completas (Intervención a grandes grupos en un tiempo relativamente corto)
- 5.- Peligro y Oportunidad (De la desorganización sobreviene la organización en el resolver los problemas de manera conveniente)

Por otro lado Eric Lindeman (1944) habló sobre la muerte repentina o intempestiva que abarcaba accidentes, enfermedades mortales, homicidio, suicidio y proceso de duelo.

También en la muerte repentina encontramos que la anticipación es una variable importante al llegar la muerte inminente, la nuestra o la de un ser querido.

Sheskin y Wallace en 1976 encontraron que el duelo es de mayor gravedad cuando la muerte no se anticipó. El suicidio por ejemplo deja al cónyuge con la incertidumbre del papel que pudo haber jugado para causar la muerte, existe temor a la reacción de los otros al saber que fue suicidio.

Lindeman, Parkes y Moos en sus investigaciones consideraron que las Reacciones Emocionales que acompañan a la muerte son:

- 1.- **Letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte**
- 2.- **Evadirse de la realidad, se caracteriza por trastorno emocional y desorganización**
- 3.- **Aceptación gradual de la realidad de la pérdida y vínculos con el muerto.**

También se hallaron dificultades comunes de los sobrevivientes como:

- Tomar una serie de decisiones
- Afrontar y aceptar la idea de la muerte
- Cumplir tareas que les resulten
- Enfrentarse a reacciones emocionales ambivalentes y posiblemente perturbadoras
- Dificultad para compartir el cariño y afecto con el moribundo
- Dificultad para despedirse de su ser querido y darle permiso de morir.

El Duelo Normal (cuando la muerte ya ocurrió) tiene varias etapas las cual diferentes autores han retomado intentando de acuerdo a su propia experiencia se trabaje.

Por ello se ha encontrado que a pesar de que los nombres de las etapas varían de un autor a otro la mayoría muestra características similares.

Por ello es importante que la víctima de algún delito violento tenga un proceso de duelo que le permita asimilar el evento traumático y plantearse nuevas expectativas y replantearse la situación actual.

Duelo Anticipado

Lindeman observó que la simple amenaza de separación o de muerte de un ser querido, en sí misma inicia la reacción del duelo.

Una respuesta normal ante la probabilidad de la muerte de quien se ama, implica a quien lo sufre, un reconocimiento intelectual y emocional de esa realidad y movilización de mecanismos para adaptarse a la posible pérdida.

Se sufre la angustia con la que se inicia el proceso de morir. (Reyes, 1989).

- * Extraña el estilo de vida
- * Fortaleza e independencia del otro
- * Oportunidades que no se dieron
- * Sueños compartidos que no son realidad

Encontramos que los miedos comunes ante la muerte del ser querido son:

- Miedo a que vaya a sufrir mucho
- Agonía larga y dolorosa
- Que no reciba atención adecuada
- Hablar con el ser querido, el silencio
- Que el familiar enfermo adivine su estado de gravedad
- Estar solo con el ser querido en el momento de la muerte
- No estar presente cuando muera el ser querido.

Entre los diferentes teóricos que hablan sobre las etapas del duelo encontramos diversidad de nombres con los que se identifica cada una de ellas, sin embargo cabe mencionar que a pesar de que los conceptos varían existen convergencia en cuanto a lo que a cada uno se refiere, esto ha permitido que se adecue tanto a la situación como a la problemática específica.

Los teóricos que han hablado sobre las etapas del duelo coinciden que es necesario que pase un tiempo determinado para asimilar la pérdida, asimismo se ha observado que en diversas ocasiones alguna de estas etapas se queda inconclusa y no permite el desarrollo óptimo de la víctima o del familiar para que este evento sea adaptado como parte de la vida (Reyes). Kübler Ross, Benedek, Szalita e Isa Jaramillo consideran la negación como primera etapa del duelo en el cual se ven confrontadas la realidad con la inovedulidad de haber sido víctimas de un evento violento como de haber perdido a un ser querido.

Existe sensación de irrealidad ante el evento así como una espera constante para "despertar" de la pesadilla (que creen vivir).

Caruso coincide con los anteriores autores, solo que llama escisión a esta etapa, aún cuando utiliza otra terminología coincide en los sentimientos que se manejan.

En la segunda etapa donde existe rabia, enojo, es hacia el ser querido que murió o en el caso de un delito violento hacia el agresor que el causante del estado actual, por ello se busca que puedan sacar esa ira y sea canalizada de mejor manera, en ello coinciden K. Ross, Caruso, Jaramillo y Zubiria y sugieren se trabaje canalizándola adecuadamente.

La siguiente etapa habla de reconsiderar algunos aspectos de la persona que se fue, es decir se busca todo aquello en donde se considere lo "buena" que era la persona, o tal vez lo que podía haber hecho, es una forma de liberarse de sus culpas.

Szalita, Ross, Caruso, consideran esta última etapa y hablan del perdón como parte también de la misma. Autores como Ross y Benedek, consideran la 4a. etapa de depresión y huida hacia adelante en donde viene un decaimiento donde la expresión de la tristeza es mayor y hay manifestaciones de depresión, sin embargo están en un proceso de desplazamiento para no pensar en el evento el cual les resulta doloroso.

La quinta y última etapa en ella coinciden la mayoría de los autores antes citados en aceptar la muerte dándole diferentes conceptualizaciones de acuerdo tanto a creencias, hablaríamos así de una etapa no de resignación ante el evento sino que ya lo asuma y lo asimile como algo que existió; se plantean nuevas metas, expectativas, se resuelve la dependencia, se recupera la seguridad y disminuye el sentimiento de vulnerabilidad adquirido a partir del evento. (Reyes,).

Existen estrategias terapéuticas para trabajar con los contrastes emocionales sufridos, los cuales pueden estar en las siguientes categorías:

1. Descarga, es evidente en las terapias evocativas y catárticas, tiene como finalidad que la persona exprese todo lo que siente, y eso se busca a través de la terapia.
2. Control, que es un concepto para aquellas terapias que sitúan a la persona ante sus procesos emotivos, la ubican y la confrontan.
3. Negación, que se logra por una desviación de la energía experimentada, donde busca el sujeto no enfrentarse a la realidad la cual le resulta dolorosa.
4. Confrontación, que se solapa con los dos primeras estrategias en su reconocimiento y compromiso con los procesos emotivos, para lograr que el sujeto asuma sus emociones.
5. Reajuste, que intenta redefinir el contraste.
6. Trascendencia, en el que no solo se redefine el contraste, sino que se utiliza para avanzar el sistema (Mahoney, 1988).

Por otra parte Joy (1978) describe tres vías principales para solucionar problemas esbozados por el enfoque del budismo tibetano:

1. **Transmutación**, equivalente a procesos de reestructuración cognitivo-experiencial a través del desarrollo del andamiaje de orden elevado.
2. **Ennoblecimiento**, que consiste en retomar el problema como una tarea importante de la vida.
3. **Manifestación distanciada**, que vincula un esfuerzo conjunto para permitir al problema manifestarse por completo, a la vez que uno se desidentifica de él.

No se aplica con los budistas tibetanos en el **desgaste del problema**.

A partir de la revisión tanto de los sistemas como de los temas a tratar se ha encontrado que el modelo de atención idóneo en la problemática que surge a partir del EPT es la terapia cognocitiva-conductual puesto que abarca tanto el aspecto emocional, de pensamiento y de conducta.

En algunas teorías basadas en la corriente psicosocial se ha encontrado que los conceptos de tratamiento, paciente y atención no necesariamente se relacionan; por ello se considera al paciente como sujeto que recibe la atención, entendiéndolo a ésta como aquel tratamiento o terapia que se lleva a cabo con el sujeto; quien además estará de acuerdo a la solicitud del mismo. El tratamiento o terapia es un término que se utiliza por los que trabajan con pacientes individuales, grupos pequeños y familias.

El trabajo realizado en relación con los diferentes tratamientos para el estrés ha sido variado, puesto que se ha especificado por síntomas o padecimientos. El estrés post-traumático es como ya se ha mencionado, una serie de síntomas que se relacionan con un evento traumático, en este caso es delito violento, por ello la dificultad de encontrar un modelo de atención que abarque el problema de manera general.

Asimismo se ha encontrado que el modelo cognocitivo-conductual presenta un panorama ecléctico que conlleva elementos teórico-prácticos que puedan ser conjugados para el fin de éste tipo de terapia. Además, a través de una base teórica cognocitivo-conductual se abarcan aspectos diversos que permiten diferir los razonamientos teóricos y a su vez comparten los mismos procedimientos.

Para ello Hollon y Beck (1979) han utilizado a efectos comparativos tres categorías: razonamiento teórico, estrategias de tratamiento y procedimientos o tácticas específicas para inducir cambios (Lazarus, 1991).

En relación a lo anterior surge la necesidad de hacer una propuesta específica para implementar un programa de atención en víctimas de delito violento, a partir de una investigación teórica donde se

descartan algunos modelos puesto que entran en la categoría de ser reconstructivos y en la mayoría de los casos de Intervención en Crisis y Reeducativos.

Por ello se retoma la base teórica ecléctica a fin de hacerla complementaria, sin embargo las estrategias en cuanto a técnicas se refieren se retoman de diferentes técnicas a fin de complementar, se harán diversas propuestas con la finalidad de dar alguna base teórica y técnica para que parta de ahí la atención que se considere complementaria evitando caer en la rigidez que no permite aplicar las técnicas adecuadas a los diferentes casos.

IMPACTO VICTIMAL DEL DELITO VIOLENTO QUE GENERÓ ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

En relación a la estadística en torno al impacto victimal del Estrés Post-Traumático se encontró que las víctimas de delito violento presentan síntomas asociados con dicho padecimiento, en donde se observa que las víctimas indirectas o familiares del sujeto que sufrió el ilícito se ven altamente afectados, y mientras más cercano es el parentesco más se incrementan los síntomas, y el daño ocasionado es mayor.

De las 363 valoraciones psicológicas aplicadas durante el periodo comprendido de octubre de 1995 a septiembre de 1996, el 78.34% fueron víctimas indirectas del ilícito (288 víctimas), mientras que el restante 26.66% se aplicaron a víctimas directas (75 víctimas). Así, respecto de las 288 víctimas indirectas, en cuanto al parentesco que guardan estas con las víctimas directas del delito violento, se observa que el 23.61% es el hijo (a) de esa víctima directa y el 29.86% es el padre-madre. En otras palabras, son los parientes sanguíneos más cercanos que son afectados por el delito cometido hacia las víctimas directas, mientras que el 18.06% son hermanos (as), 19.10% el esposo (a) o cónyuge y otros parientes lejanos representa el restante 9.38% del total de víctimas indirectas (Mendoza y colaboradores, Ruiz, Yllán, 1996).

Con respecto a la edad de los usuarios al servicio victimológico son víctimas de delito o denuncian el mismo en un rango de entre 21 y 30 años de edad y la atención se da a personas del sexo femenino 53.17% y masculino 46.83% con lo cual podemos pensar que la cultura de atención victimal se equilibra con diferencias poco significativas

Como se apuntó anteriormente, el rango de edad de las víctimas de delito que se atienden es más representativo de los 21 a los 30 años con un 25.62%, en segundo término se tiene que las víctimas que van de los 41 a los 50 años de edad representa el 18.18% del total de víctimas valoradas. Es importante señalar que en este estudio las víctimas menores de 10 años y las mayores de 50 años de edad son las menos afectadas representando un 10.02% y 9.91% respectivamente, tomando en cuenta que en ocasiones dependen de otros para ser llevados al servicio.

En general, el delito por el cual asisten al servicio con mayor frecuencia es homicidio doloso, homicidio culposo así como por suicidio, los cuales son cometidos tanto en la vía pública como en el domicilio de la víctima, siendo necesario incrementar los servicios para poder detectar a víctimas de robo con violencia y de otros ilícitos violentos haciendo conciencia que también se genera un daño a partir de haber vivido estos delitos y que la idea de olvido de las víctimas, generalmente no surte los efectos deseados por la propia víctima, partiendo de la investigación antes mencionada

El homicidio culposo es un delito por el que el 32.51% de las víctimas son valoradas psicológicamente, mientras que por suicidio fueron atendidas en un 19.83%, en tanto que el 17.08% son víctimas indirectas atendidas. Se observa entonces que éste 79.33% representa en realidad a víctimas indirectas que son atendidas en el ADEVI a causa del homicidio o suicidio de sus familiares. El delito menos representativo es el de lesiones por arma de fuego que tiene un porcentaje menor del .28%.

Entre los síntomas que con mayor incidencia se registran encontramos: de las funciones cognitivas alteradas encontramos dificultades en la atención, en un 57.64%, pensamiento circular 61.65%, disminución de la capacidad de análisis 76.83%, alteración en la memoria inmediata 43.85%, sensación de revivir el evento traumático 30.30%.

Dentro de las funciones somáticas alteradas, se encuentran como las más representativas al trastorno del sueño 53.59%, disminución del apetito en un 46.28% del total de las valoraciones mientras que la tensión muscular en un 52.62% de las víctimas valoradas. Se observa a la cefalea en un 39.94% del total de víctimas, en tanto que otras funciones como la reactivación fisiológica ante circunstancias y alteraciones digestivas se encuentran en un 18.35% y 15.19% respectivamente.

Sin duda alguna dentro de los trastornos de mayor significancia del Estrés Post-traumático se encuentran las alteraciones afectivas en víctimas de delito violento. Así se observa que el miedo se encuentra en 273 víctimas (75.21%), mientras que la impotencia y la inseguridad en un 68.32% y 67.22% respectivamente. Otras alteraciones afectivas de importancia y que se encuentran arriba del 40% son la frustración (57.30%), la irritabilidad (53.44%), la vulnerabilidad (49.59%), la angustia (49.04%), el desamparo (48.21%), la culpa y la depresión (47.66% cada una).

Otro de los trastornos por Estrés Post-Traumático en las víctimas del delito violento es la alteración de la conducta, en donde las alteraciones de este tipo más significativas se encuentra entre el 30% y 50% del total de las víctimas, siendo éstas el cansancio constante, el desinterés en actividades significativas y las alteraciones en la actividad con 50.14%, 44.08% y 38.02% respectivamente. Mientras que la hipervigilancia se observó en 113 víctimas (31.13%) y las demás alteraciones de la conducta en proporciones menores del 20% del total de las víctimas.

A partir de presentar una sintomatología no atendida como consecuencia principal del ilícito, tanto en víctimas directas como indirectas, se desarrolla un estado de hipervigilancia, caracterizado por una alerta magnificada que en apariencia hará que la víctima este más atenta y sea más cuidadosa de volver a repetir circunstancias similares a las que estuvieron presentes en el evento violento, sin embargo los expertos señalan que dicho estado de hiperalerta trae como consecuencia el cometer una serie de errores y paradójicamente es un factor de riesgo víctimas que incrementa las posibilidades de volver a vivir un delito como el que se pretende evitar, como el que generó dicho EPT, sin embargo, este estado la persona lo minimiza, puesto que justifica como si pusiera mayor atención en la calle.

El atender a las víctimas de secuestros, robos con violencia, robo a casa habitación, allanamiento de morada, es una política de prevención victimal porque se logra volver a las víctimas al estado anterior a la comisión del delito y evitan que se encuentre en riesgo de volver a sufrir un evento similar.

Podemos decir que estamos en presencia de la reincidencia victimal, aspecto poco estudiado y en donde las causas de éste hecho aún no están del todo esclarecidas y mucho menos tienen un análisis victimológico: sin lugar a dudas la atención y el estudio del EPT del delito violento, mismo que no tiene más de un año que por primera vez en nuestro país en el área de atención a víctimas de la Procuraduría General de Justicia del D.F. se implementó; nos llevará a establecer políticas preventivas de gran efectividad al conocer el impacto y comportamiento de la víctima en éste rubro.

Así mismo este estudio se hace en población que llega a la PGJDF al ADEVI y continúan en el tratamiento, sin embargo en muchas ocasiones la deserción del servicio es significativa, se busca de una u otra forma que la gente se concientice de la importancia de atender la crisis en el momento que se presenta.

Por otra parte el manejo del duelo es el motivo de consulta más representativo de las víctimas valoradas psicológicamente (37.74%), mientras que un 27.82% acude sin tener una expectativa clara, en tanto que el 14.88% observan inseguridad y miedo por el evento sufrido directa o indirectamente. Se obtiene además que el 6.06% acuden al ADEVI para realizar Intervención en Crisis, y el 13.50% restante acuden debido a que desean Negar el evento (3.03%), poseen diversas alteraciones como lo son los Sentimientos de Culpa (3.03%), el sentimiento de soledad (2.20%), por Manejo de Duelo con Sentimiento de Soledad (0.83%), por Negación del Evento con Sentimiento de Soledad (0.28%) y otros (4.13%).

REVISIÓN DE LA NECESIDAD DE APLICAR UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Dentro del contexto sobre atención a víctimas, la Procuraduría ha creado un Centro de Atención a Víctimas de Delito Violento (ADEVI), en donde las personas que han sufrido delitos violentos como robo, lesiones, amenazas y en el caso de los familiares de víctimas de homicidio, suicidio, son atendidos a través del Centro, brindándoles apoyo social, buscando la reparación del daño y en particular, para el presente estudio, el trabajo con el estrés post-traumático, aquí, el tratamiento de las víctimas de delito, se ha iniciado con la Intervención en Crisis, debido a diversos factores, entre ellos el fin Institucional de ayudar a la crisis en el menor tiempo posible y con los recursos que cuenta, ha llevado a la necesidad de afinar modelos terapéuticos (expofeso) y la erogación que el Estado tiene que realizar para otorgar tratamientos psicoterapéuticos.

Tomando en cuenta lo cotidiano de la violencia urbana, el sujeto que ha sufrido un delito violento percibe algunos de los síntomas: dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto; sin embargo, minimiza el impacto de estos y no siente la necesidad de un trabajo terapéutico. En la sociedad no se busca el apoyo psicológico para delitos como abuso sexual, maltrato doméstico, problemas conductuales, adicciones; a pesar de que requiera un apoyo de este tipo.

Se puede pensar en un modelo de abordaje generalizado que brinde las bases de tratamiento. Sin embargo, de acuerdo a las circunstancias del delito, antecedentes personales, personalidad y tipo de víctima se tiene una gama diversa de respuestas de atención de acuerdo a la circunstancia por la que acuden, se trabajan: duelos, pérdidas, miedos, fantasías catastróficas, angustia, inseguridad, entre otras, es necesario hacer subgrupos de acuerdo al tipo de violencia que ha sufrido, presentan características específicas, en donde por la frecuencia y la homogeneidad de las víctimas que acuden al Centro, pueda llegar a operarse un modelo terapéutico reeducativo que trate de proporcionar a los pacientes las bases para diferenciar los peligros subjetivos de los objetivos, de acuerdo a las necesidades características de la problemática del paciente.

Vale la pena mencionar que los sobrevivientes de algún evento violento desarrollan una serie de síntomas que van a afectar su vida, en ellos encontraron Lifton y Olsen (1976) algo que denominaron el "Síndrome del Superviviente", que abarca cinco categorías:

La primera es la impresión y ansiedad de la muerte, la segunda es la culpa de la muerte, la tercera es el entorpecimiento psíquico y la cuarta y quinta es el deterioro de las relaciones humanas y una lucha por encontrar una formulación cognoscitiva del significado del desastre, a partir de ver esto encontramos la importancia que tiene trabajar los síntomas que surgen al haber vivido un delito violento, en donde cada uno va en camino a deteriorar las relaciones familiares, sociales y laborales del sujeto, además la víctima continúa con un deterioro en su persona, la inseguridad en la que se ve envuelto lo lleva a actuar de manera poco satisfactoria, asimismo se encuentra en un estado de ansiedad y trae consigo manifestaciones de ira, por ello al justificar la atención terapéutica nos encontramos que es de vital importancia para ayudar a los individuos a superar un momento de crisis en donde se ven afectados por una gran confusión para resolver su situación actual.

Asimismo es importante mencionar que la intervención en crisis es un tratamiento a corto plazo que en muchas ocasiones tiene la misma efectividad que un tratamiento terapéutico a largo plazo y sobre todo tiene la ventaja del tiempo sobre cualquier otra intervención.

Un modelo amplio de intervención en crisis debe algunas distinciones importantes en cuanto a técnicas, duración del tratamiento, servicios específicos, objetivos y entrenamiento; debe tomar en cuenta que situaciones implican desequilibrio, alto riesgo, sentido de urgencia e inmediatez (Slaikeu, 1988).

La manera en que el sujeto enfrenta una crisis depende de los recursos con los que cuente, entre ellos podemos mencionar los elementos que estén alrededor del evento que desencadenó el estrés.

Por otra parte si las circunstancias desencadenantes del evento afectan al sujeto de manera importante, es necesario que se evalúen las áreas de afectación a fin de tener un panorama generalizado y trabajar directamente en el equilibrio del sujeto.

Entre las diferentes revisiones que se han hecho de los modelos de atención se encontró que la terapia cognoscitiva-conductual ha sido la que contempla de manera más amplia los diferentes síntomas que existen en el Estrés Post-traumático, la terapia cognitiva enfatiza la identificación y la modificación de los procesos y patrones cognitivos que son disfuncionales (Beck, 1976); siendo éste el motivo de que se considere el enfoque que establece procedimientos sistemáticos para evaluar los esquemas, suposiciones y actitudes a largo plazo.

PRINCIPALES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Se utilizan diversidad de técnicas, sin embargo cabe mencionar que de acuerdo a la práctica las más utilizadas son las que a continuación se mencionan puesto que convergen con el marco teórico que es motivo de la presente propuesta.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Es una técnica creada por Wolpe, 1966, en la cual se persigue la igualación del estado de relajación de los músculos con escenas imaginarias que representan para el paciente situaciones que le producen ansiedad, consta de tres pasos:

- a) Relajación muscular
- b) Establecimiento de jerarquías
- c) Contracondicionamiento

Esta técnica permite al paciente autorelajarse al entrar en un grado de ansiedad profunda. (Frank 1985).

En relación a la desensibilización sistemática para enunciar dicho paradigma encontramos que los efectos de la relajación no solo son opuestos a los de la respuesta de ansiedad, sino que se contraponen a los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad que pueden provocar estos estímulos (Wolpe, 1979) .

Por ello la técnica de la desensibilización sistemática, puede formar parte de un programa terapéutico integral, puesto que tiene consigo una serie de acciones encaminadas a evitar que la víctima que ha sufrido delito violento presente respuesta de ansiedad intensas.

Se ha encontrado que en un paciente relajado que se le presenta un estímulo provocador de una respuesta de ansiedad, la respuesta es mínima y débil.

Es importante mencionar que la técnica de desensibilización depende en gran parte, su efecto, de las instrucciones terapéuticas (Leitenberg y col. 1969).

Wolpe postulaba que el tratamiento psicológico de las respuestas de miedo puede utilizar el contracondicionamiento, o la sustitución por una respuesta emocionalmente adaptativa de las respuestas de evitación conductual y de un activado sistema nervioso simpático.

La técnica de desensibilización sistemática implica cuatro conjuntos de operación diferentes que son

- 1) Adiestramiento en relajación muscular profunda basado en la enseñanza de Jacobson.
- 2) Establecimiento de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos, lista de estímulos referentes a un tema, ordenados con la respuesta de ansiedad que provocan.
- 3) Construcción de jerarquías de estímulos provocadores de las respuestas de ansiedad, se jerarquizan de acuerdo a la intensidad.
- 4) Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de las respuestas de ansiedad que constituyen las jerarquías, se contrarresta la respuesta de ansiedad, mediante la relajación.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Creada por Alber Ellis, trabaja haciendo que el paciente se concientice de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inapropiadas de esas mismas creencias, tiene como objetivo, modificar las creencias irracionales fundamentales.

En este método el terapeuta sirve como contrapropagandista, contradiciendo y negando directamente las autoverbalizaciones destructoras que el paciente expresa. Estimula, persuade, solicita y en ocasiones ordena al paciente que intervenga en alguna actividad que contradiga lo que verbaliza (Fontana 1992).

La Terapia Racional Emotiva (TRE) se basa en el ABC que significa.

- A (Activating) Hechos activadores, experiencias activadoras, actividades o agentes con los que la gente tiene problemas.
- B (Beliefs) Creencias reales o relacionales sobre los hechos activadores que suelen conducir a consecuencias.
- C (Consequences) Consecuencias apropiadas.
- IB (Irrational Belief) Creencias irracionales sobre los hechos activadores que suelen conducir a IC.
- IC (Inappropriate Consequences) Consecuencias inapropiadas (especialmente problemas emocionales y conductas disfuncionales).
- D (Disputing) Disputar creencias irracionales y debatirlas de las creencias racionales (Phadke, 1982).
- E (Effective) Creencias racionales efectivas que reemplazan las creencias irracionales de la gente y también las emociones apropiadas efectivas y las conductas funcionales efectivas que reemplazan a las emociones apropiadas efectivas y las conductas funcionales efectivas que reemplazan a las emociones perturbadoras y a las conductas disfuncionales.

En esta teoría se maneja que los seres humanos son criaturas con metas específicas como son:

1. Permanecer vivo.
2. Ser razonablemente feliz y verse libre de dolor mientras se está vivo.

También tienen submetas para ser feliz:

- a) Cuando se está solo por si mismo.
- b) Cuando se asocia con otras personas.
- c) Cuando se está inmerso en una relación íntima con otros.
- d) Cuando trabaja para vivir.
- e) Cuando se ven inmersos en actividades recreativas.

Por ello en un delito violento se interrumpen la mayoría de los objetivos antes mencionados y el sujeto entra en estado de desequilibrio importante que no le permite salir adelante en su vida sino lo elabora mediante algún proceso psicoterapéutico (Ellis, 1973). Al tener un delito violento el sujeto hace una evaluación irracional, poco funcional de la realidad de la situación en la que se encuentra.

Esta evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas "debo de" y "tengo que" dogmáticos sobre uno mismo, otros, o la vida en general, en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma.

Aaron Beck.

Tiene tres conceptos básicos que son:

- 1) Los eventos cognitivos
- 2) Los procesos cognitivos
- 3) Las estructuras cognitivas

Los eventos cognitivos son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos y con frecuencia no prestamos atención, dichos pensamientos son automáticos y rápidos.

Los procesos cognitivos se refieren al “cómo” pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivo. Incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento y procesos de inferencia y recuperación.

Los cuatro procesos cognitivos incluyen:

- Razonamiento dicotómico
- Sobregeneralización
- Magnificación
- Inferencia arbitraria.

Las estructuras cognitivas, se refieren a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas que determinan a qué eventos se presta atención y cómo se interpretan. Se concibe como el establecimiento de prioridades en nuestro procesamiento de la información.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Según esta teoría los individuos tienen modos de evaluar las situaciones, fijar expectativas, establecer pautas internas, recordar selectivamente los eventos y poner en acción rutinas de resolución de problemas. (Bandura)

De acuerdo a la teoría del aprendizaje social:

- 1) Una gran parte del aprendizaje es mediado cognitivamente.

2) En lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales (el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos).

Es importante mencionar que los teóricos cognitivos conductuales consideran que las cogniciones del cliente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal, asimismo los acontecimientos externos son vistos como uno de los componentes del proceso.

En este enfoque se busca integrar puntos de interés tanto de la escuela cognitiva como la conductual, la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de la conducta.

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Creado por Carl Rogers, es definido por él como una nueva aproximación enfocada directamente a la persona, dirigido a promover una mayor independencia e integración del individuo, en lugar de esperar que tales resultados ocurran si el terapeuta le ayuda a resolver el problema.

El objetivo es ayudar al individuo a crecer, de modo que pueda hacer frente al actual y a posteriores problemas, de manera más integral. Existen tres condiciones para el clima promotor del crecimiento: genuinidad, autenticidad y congruencia.

Al escuchar sus sentimientos internos el cliente reduce el poder que otros han tenido para inculcarle culpas, miedos e inhibiciones y poco a poco aumenta la comprensión y el control sobre si mismo. (Rogers, 1985).

En el enfoque centrado en la persona encontramos que hay dos tipos de tratamientos :

- El primero va encaminado a hacer cambios en el entorno del cliente, a fin de buscar un equilibrio para este.
- El segundo campo del tratamiento se compone del esfuerzo por ayudar al sujeto por medio de orientaciones, entrevistas, apoyos psicológicos y es donde el individuo se ve afectado directamente

Entre los métodos terapéuticos encontramos que uno de ellos es la CATARSIS, la cual libera al individuo de sus miedos y sentimientos de culpabilidad consciente, y si se utiliza periódicamente puede sacar a la luz actitudes ocultas que influyen en la conducta.

El Consejo (ADVICE) es un método que tiene la finalidad de aconsejar y persuadir al sujeto sobre qué debe hacer en su vida. generalmente el consejo va acompañado de una velada amenaza.

LA INTERPRETACIÓN INTELECTUAL es un método utilizado en donde se trata de decirle al sujeto sobre las causas de su conducta a través de la interpretación de ella. es de ayuda sin embargo muchos clínicos han caído en el exceso de interpretación.

En este enfoque existen pasos determinantes como son:

1. El sujeto llega para recibir ayuda.

Es de vital importancia este primer contacto puesto que enmarca el compromiso y la responsabilidad que formará al sujeto.

2. La situación de ayuda queda definida.

Se concientiza al cliente que no se le van a dar las respuestas sino que va ayudarlo a solucionar sus problemas por sí mismo. Además ya el contrato terapéutico está establecido.

3. El orientador fomenta la libre expresión de sentimientos que acompañan al problema.

Es importante aprender a no obstaculizar las manifestaciones de hostilidad y ansiedad. los sentimientos de preocupación y culpabilidad, las posturas ambivalentes e indecisas.

4. El orientador acepta, reconoce y clarifica estos sentimientos negativos

El orientador clarifica verbalmente estos sentimientos sin intentar interpretar su causa ni analizar su utilidad, reconociendo que existe y que él los acepta.

5. Cuando los sentimientos negativos del sujeto han sido expresados en su totalidad surgen expresiones vagas y tentativas de impulsos positivos que promueven el acontecimiento.

Es importante considerar que mientras más violentas y negativas sean las expresiones con tal que sean aceptadas, más fiables serán las expresiones de amar, sociabilidad, respeto propio y madurez.

6. El orientador acepta y reconoce los sentimientos positivos expresados, de la misma manera que aceptó y reconoció los negativos.

Aquí se valora la capacidad intuitiva que el sujeto desarrolla, sin necesidad de complejizar su razonamiento, además se promueve la autoconciencia.

7. La captación intuitiva -insight-, la comprensión del PROPIO YO y de su asunción constituyen el siguiente paso importante de todo este proceso.

Proporciona los conocimientos sobre los que el individuo construirá nuevos niveles de integración.

8. Mezclado con el proceso de captación intuitiva, se da un proceso de clarificación de las decisiones y de los modos de acción posibles.

Clarificar las elecciones que se pueden realizar y reconocer el sentimiento de miedo y la falta de valor para llevar adelante lo que el individuo experimenta.

9. La iniciación a acciones positivas pequeñas pero altamente significativas.

Es la captación intuitiva de la propia situación, las medidas que se tomen van a ser las adecuadas.

10. Maduración en la captación intuitiva, comprensión más completa de sí mismo gana confianza y valor.

11. Acción positiva e integradora cada vez mayor por parte del cliente.

Tiene menos miedo a tomar decisiones y posturas por sí mismo.

12. Necesidad de recibir ayuda y reconocimiento del cliente, que la relación debe terminar.

Aquí se reafirman los avances del proceso a fin de seguir fomentando la independencia y toma de decisiones por parte del cliente. Con ello confirmamos la importancia y el como establece este tipo de terapia en el EPT y lleva un proceso adecuado, así se ven reafirmados los distintos sentimientos descargados a partir de vivir un delito violento, ésta es una terapia que se considera de importancia para ayudar al cliente a responsabilizarse de sus emociones y expectativas erróneas.

PSICOTERAPIA GUESTALT

Pertenece a la corriente humanística, básicamente porque rechaza modificar conductas negativas mediante condicionamiento y por tratar las psicopatologías por medio de psicoterapias psicoanalíticamente orientadas.

El enfoque gúestáltico, considera a la psicoterapia como un medio para hacer crecer el potencial humano; enfatiza la observación de la conducta en el aquí y ahora, se centra sobre la importancia del proceso de darse cuenta o toma de conciencia del momento inmediato y en el estudio de la fenomenología humana.

Existen tres constructos que unifican dichas técnicas: actualización, darse cuenta y responsabilidad (Salama, 1989).

En la terapia gúestáltica se busca trabajar con el aquí y el ahora tratando de ver los efectos que ha tenido para el paciente la pérdida que sufrió.

Asimismo se toma en cuenta el buscar que se responsabilice de su actuar, en exigencias que se ha hecho y le han hecho y le ha hecho a sus familiares.

Se trabaja a nivel vivencial por medio de técnicas que contribuyan a facilitar su proceso, y entre los principales precursores de esta terapia tenemos a Fritz Perls.

A partir de una revisión teórica de las corrientes terapéuticas a través de las cuales se puede atender el estrés post-traumático, se ha encontrado una alternativa que considera a los síntomas y los cambios necesarios en las personas que sufren angustia, miedo, vulnerabilidad, sensación de desamparo, frustración, culpa, temor a la pérdida del control de impulsos, como es el caso de los pacientes que se atienden en el ADEVI: Terapia Cognoscitiva.

TERAPIA COGNOSCITIVO CONDUCTUAL

En 1975 Víctor Raimy habló sobre la historia de la terapia cognoscitivo-conductual desde los tiempos de los filósofos griegos. Epicteto filósofo romano observó "los hombres no se transforman por los acontecimientos sino por las opiniones que de ellos tienen".

Kant en cambio habló de que la enfermedad mental es cuando la persona no puede ajustar su "sentido privado" al "sentido común".

Adler juzgó el sentido privado de Kant como opiniones erróneas que subyacen a la conducta neurótica.

Los teóricos modernos utilizan términos como: "procesos de evaluación sesgados", "constructos desordenados, creencias irracionales; distorsiones cognitivas, y habilidades inadecuadas de resolución de problemas y afrontamiento".

Existen dos líneas de teorización de dicho enfoque; la primera es la de las terapias cognoscitivas semánticas y la segunda de la adecuación de los procedimientos de la terapia de la conducta basada en la teoría del aprendizaje.

La terapia cognoscitiva-semántica, se refiere a la variedad de enfoques terapéuticos, que se basan en la modificación de los patrones erróneos de pensamiento del cliente y las premisas, asunciones, y actitudes subyacentes a éstas.

La terapia consiste en familiarizarse con el contenido del pensamiento, los estilos del mismo, los sentimientos y las conductas del paciente con el fin de conocer su interrelación. (Jay Linn, 1988).

Se ha enfatizado la importancia del sistema de significados, por ello Kelly en 1955, ofreció una teoría acerca de los constructos personales y la importancia que tienen a nivel de significado para dicho sujeto.

El individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego las evalúa considerando los eventos resultantes.

"Toda forma de psicoterapia trata de enseñar a la gente a modificar su forma de pensar, sentir y actuar" (Lazarus, 1980).

Este enfoque considera que las pautas de respuesta cognoscitiva, afectiva y abierta no son unidades independientes, sino procesos interactivos que conforman la conducta en su sentido más amplio.

Al respecto, Rokeach (1960) sostuvo que "cada emoción tiene su contraparte cognoscitiva, así como cada cognición tiene su contraparte emocional".

La introversión a menudo precede a un cambio observable en la conducta, en otros casos se produce después de la modificación de conducta de un individuo y esto a su vez produce una secuencia completa de percepciones diferentes (Lazarus, 1980).

La intervención cognoscitivo conductual se basa en que la víctima asume su problemática de acuerdo a la construcción de la realidad, el trabajo consiste en la modificación de la tendencia cognitiva.

En el modelo cognitivo se observa: " El individuo comienza a interpretar excesivamente sus experiencias como pérdidas, a consecuencia de su pérdida real: se ha borrado las construcciones positivas usuales de la realidad y se han hecho dominantes construcciones negativas.

Se supone que las construcciones negativas están unidas al efecto negativo, el individuo no solo hace estimaciones negativas sobre sí mismo y sus experiencias presentes, pasadas y futuras, sino que también experimenta un afecto desagradable, la pérdida de la motivación constructiva e impulsos suicidas.

Según el modelo cognitivo, el déficit en sus sentimientos positivos se contrarrestan ofreciendo construcciones más positivas de la experiencia (Mahoney y Freeman, 1988).

El enfoque cognoscitivo conductual ha sido el que se considera de vital importancia, puesto que hablamos de estructuras cognitivas a partir de un evento violento que transforman tanto la visión del sujeto como su conducta, ha sido considerado dicho trastorno como es el EPT como un padecimiento que afecta tanto la conducta como la cognición del sujeto.

En los diversos estudios y revisiones que se hacen en relación al trámite psicoterapéutico en víctimas de delito violento, es importante considerar que el enfoque cognoscitivo conductual y las técnicas derivadas del mismo muestran una opción para la atención integral y de acuerdo a la experiencia en el ADEVI se ha encontrado que los usuarios responden favorablemente ante dichas técnicas y su avance es permanente y en un tiempo adecuado.

El Bloqueo cognitivo se presenta dentro de las víctimas que han sufrido delitos violentos y se llama así porque produce interferencia en distintos puntos a lo largo del continuo :

percepción, reconocimiento, interpretación, integración, aprendizaje, recuperación inmediata, memoria a largo plazo (Freeman, 1988).

Sullivan habló sobre la cognición, para él significaba percepción, reconocimiento, darse cuenta, sentir, ser consciente y conocer; Arieti, 1972 decía que los procesos cognoscitivos podrían ser conscientes o estar fuera de la conciencia o no haber sido formulados, lo cual restringe los dominios cognitivos a las ideas y creencias que dan como resultado las emociones y los sentimientos.

De acuerdo con Sullivan y los diversos estudios sobre la cognición interpersonal menciona que la cognición no era solo un proceso simbólico, sino un principio organizador, de ahí que cuando éste sufre un impacto o algo que lo desequilibre se da una desorganización de los procesos. " No se da ninguna idea sin un sentimiento que la acompañe y cualquier sentimiento tiene siempre una idea base".

Entre las modalidades psicoterapéuticas propuestas para utilizar en el EPT tenemos principalmente tres alternativas:

INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

La **psicoterapia individual** se trabaja en muchas ocasiones con la víctima directa la cual ha recibido el impacto y muestra una serie de conductas que afectan o han afectado las diferentes áreas de su vida. También pueden ser víctimas indirectas por su vinculación con la víctima hayan estado expuestas a un estado de estrés.

Se trabaja principalmente el "tú y yo", tomando en cuenta que a partir del evento pueden resurgir problemas posteriores que solo conciernen al individuo en cuestión. Esta es una de las más socorridas debido a que la constancia puede ser mayor por el grado de compromiso.

En la **psicoterapia familiar**, se toma en cuenta que la familia es un sistema formado por subsistemas funcionales e interrelacionados. Se trabaja debido a que en dichos sistemas los individuos están comprometidos a estar juntos un determinado tiempo, facilitando así la continuidad psicosocial. Ante un delito violento dicho compromiso se ve alterado y es por ello la importancia de facilitar la asimilación de dicho cambio en la forma de vida familiar.

En la **psicoterapia grupal**, se reúnen individuos que por circunstancias similares se encuentren en un proceso de duelo, en un desarrollo fóbico o sean víctimas de estrés post-traumático; la experiencia ha demostrado que los individuos al sentir que su caso no es único, asimilan de una manera más práctica y favorable el evento.

Para dichas modalidades se pretende hacer un programa general, que marque los lineamientos de trabajo, conjuntando las características de algunos de los modelos teóricos, a fin de tener una base más completa que integre técnicas en su sentido más práctico, estableciendo un marco teórico que refuerce cada una de las ideas planteadas.

Es comprobado en la práctica cotidiana que las personas que han sufrido un delito violento, en ocasiones sufren EPT: sin embargo, también se ha visto que depende del estado emocional y físico en que se encuentre, las características del delito y sobre todo de la personalidad de la víctima.

Para ello es de vital importancia trabajar las distintas áreas que puedan estar afectadas en la persona a fin de promover una homeostasis que le ayude a enfrentar dicho evento de la manera más "sana" posible, que tenga una mejor calidad de vida, recupere su nivel anterior de funcionamiento y esto le permita responder a los diferentes cambios y expectativas que en la vida cotidiana se le presenten, así como mejorar en su capacidad de respuesta.

Al parecer los diferentes modelos de abordaje Gestalt, TRE, Enfoque Centrado en el Cliente, han intentado a través de sus bases teóricas específicas, realizar una unión para trabajar EPT relacionado a hechos delictivos violentos, sin embargo no se ha logrado su especificidad, puesto que se enfoca básicamente tanto a desastres naturales como a veteranos de guerra principalmente, la población que específicamente se trabaja en el Centro (ADEVI) son víctimas de delito violento.

El término EPT está clasificado bajo aspectos psiquiátricos, sin embargo se busca adaptarlo a la psicología como disciplina que nos concierne y para ello se propone el enfoque cognoscitivo-conductual.

Debido a que en el ADEVI la demanda es mayor en cuanto a los servicios, se trabaja con personas que han sufrido algún delito por ejemplo: homicidio (doloso o culposo), lesiones, amenazas, accidentes, suicidio.

Se plantea en la propuesta un modelo teórico con técnicas y actividades integrales para una atención más completa y con recursos viables. Este modelo abarca diversas áreas del paciente que presenta síntomas de estrés post-traumático y que afectan la mayor parte de estas áreas, por ello no solo es importante trabajar cambios a nivel conductual, sino también emocional y físico que de una u otra manera se ven involucrados y se relacionan entre sí.

PROPUESTA

Se propone con este programa una reducción del costo social que al Estado le significa una población victimizada, puesto que disminuye su nivel de funcionamiento en donde el Estado se ve afectado al no prestar atención a posibles sobrevictimizaciones que sufran en algunos casos los propios empleados del gobierno que no están exentos, las amas de casa, empresas particulares, en fin todos aquellos que están dentro de la sociedad; asimismo la victimización promueve la agresividad y la desconfianza lo cual disminuye el nivel de funcionamiento y el desempeño laboral se ve afectado, lo cual a nivel de costo-beneficio afectará a la Institución puesto que es una cadena de respuestas laborales a las demandas externas, a la población demandante del servicio.

Con esto cabe mencionar la importancia de un buen diagnóstico que conjunte cada una de las características de las víctimas y el trabajo en intervención o tratamiento, para la optimización tanto en técnica como en tiempo y esfuerzo, lo cual aportará como consigo un pronóstico adecuado para conservar la modificación de hábitos poco funcionales. Es por ello que dentro de la propuesta de este trabajo se incluyen métodos de diagnóstico, que de manera complementaria y sencilla faciliten el trabajo del psicólogo, auxiliado así con sus herramientas teóricas y metodológicas.

La Intervención en Crisis en víctimas de estrés post-traumático en delito violento en el ADEVI, se trabaja a partir de la primera sesión donde la persona expresa sus necesidades emocionales y se establece un plan terapéutico que se basa en la elaboración del duelo por la agresión sufrida en su persona o persona cercana o por la pérdida de algún familiar, a través de técnicas que promueven el reflejo de sentimientos y se establecen las expectativas negativas que surgen en base a la nueva situación.

Para ello es importante hacer una valoración que refleje cada uno de los síntomas que indiquen la presencia real de estrés post-traumático. Para este fin, se ha hecho una valoración que integra algunos síntomas que de acuerdo con la experiencia en el Centro se han detectado y fundamentado con el DSM-IV.

Los síntomas, están sujetos a un tipo específico de intervención que se presenta en la crisis a partir de un evento que modifica de manera radical la vida de la persona e influye en su forma de comportarse y reaccionar ante determinados eventos; la crisis se presenta como un estado total de trastorno y desorganización y se caracteriza por la incapacidad del individuo para abordar esa situación en particular (Slaikeu, 1985).

La práctica ha permitido corroborar que a través de manejos y tareas específicas (que posteriormente se explicarán y justificarán teóricamente), la persona puede restablecerse de la pérdida y mostrar expectativas nuevas que refuercen los logros obtenidos en terapia. Estas acciones están íntimamente relacionadas con la terapia cognoscitiva, misma que trata de enseñar a los pacientes a diferenciar los peligros subjetivos de los objetivos y busca que el paciente aprenda a evitar o hacer frente a los hechos objetivamente riesgosos y a pasar por alto las situaciones inofensivas (Lazarus, 1980).

Se ha encontrado que las personas que viven un delito violento en ocasiones se muestran agresivas y ello influye en las relaciones interpersonales, además también existe un miedo a aceptar la pérdida sufrida y la inseguridad latente genera un estado de vulnerabilidad en la víctima que conlleva a un estado de aislamiento y rechazo hacia la nueva situación.

Partiendo de la calidad de vida de los sujetos se ha encontrado que el haber sido víctimas de delitos violentos muestran un estado de hipervigilancia que los vuelve sujetos vulnerables a ser víctimas de este ilícito, además de irse deteriorando sus relaciones y conceptos de sí mismos.

Para ello se identifican las reacciones exageradas ante un evento cualquiera y que implica que dicho sujeto se paralice y no reaccione de manera adecuada, provocando sentimientos negativos que desplazarán hacia los seres más queridos como son: la pareja, los hijos, los padres y los amigos cercanos, tomando hostil las relaciones entre estos por no entender la negatividad y la agresión de su familiar.

Por ello se busca implementar un modelo de Intervención en Crisis que permita:

- a) **Realizar un diagnóstico diferencial de los pacientes víctimas de delito violento.** En donde por la sintomatología tan extensa se puedan ubicar características como la hipervigilancia sin que se confundan con estados emocionales depresivos y el duelo en la negación no sea parte de un proceso psicótico.
- b) **La intervención objetiva sobre los padecimientos de EPT,** en base a un Marco Teórico que se basa en una evaluación que propicie pautas que garanticen la eficacia del proceso de intervención. Donde se pueda hacer una constante evaluación sobre los avances a

partir de un plan terapéutico específico que busque disminuir los síntomas, elaborar el duelo por medio de la facilitación del mismo. así como el planteamiento de nuevas expectativas y metas.

- c) **La atención a un mayor número de personas con padecimientos de EPT.** Para que a partir de implementar un programa para delito violento se atienda a la mayoría de las víctimas que lo sufren. con un tratamiento especializado que evite o reduzca la posibilidad de nueva victimización.
- d) **La constante supervisión del personal especializado** (psicólogos) en el proceso integral de diagnóstico-intervención-evaluación de la crisis a partir del EPT. Se ha identificado la importancia de una supervisión clínica constante en donde se revisen los objetivos terapéuticos, las técnicas y estrategias utilizadas por el terapeuta que permiten la posibilidad de una atención especializada y profesional en donde se evalúe la mejor opción para la atención terapéutica.

En este mismo rubro cabe mencionar que la supervisión para el terapeuta también se hace a partir de grupos de contención del estrés en donde se exploran los sentimientos del profesional y se da intervención al mismo en caso de requerirlos, puesto que se ha encontrado que el trabajo con este tipo de delitos es desgastante y atenta en muchas ocasiones contra el equilibrio emocional de los terapeutas.

- e) **La comprensión del o los estados del paciente con EPT por parte del equipo interdisciplinario** (Legisladores, Ministerios Públicos, Médicos, Trabajo Social) que le atiende en el contexto de la administración de justicia.

Sensibilizar a través de talleres, pláticas y cursos a los diferentes profesionales que atienden a las víctimas ha sido una de las tareas más difíciles, puesto que en ocasiones nos dedicamos años a de trabajar en el mismo ramo y donde la demanda es tal, que la indiferencia y la hostilización se han vuelto habituales para este tipo de profesionales, por ello se busca adentrarlos en el mundo de las víctimas a través de lograr la empatía.

- f) **La consulta bibliográfica** relacionada con el estudio de Intervención en Crisis en casos de EPT en donde los diferentes autores conjuntan técnicas y modelos de abordaje.

Se revisan los diferentes teóricos que puedan tener convergencia específica para el tratamiento de este tipo de problemática, por ello se busca un modelo ecléctico que tenga una variedad de estrategias y técnicas efectivas para trabajar este tipo de problemática, asimismo se busca que

los profesionales tengan un perfil de estudio que se adapte a la utilización de dicho modelo teórico.

Cabe mencionar que es importante cuidar el perfil del terapeuta que estará a cargo de dar atención a víctimas de EPT, puesto que la problemática esta inmersa en la cotidianeidad y puede no tener las habilidades necesarias para trabajar un modelo tan complejo como es la terapia cognitiva-conductual aplicada a un modelo de Intervención en Crisis, donde la entrevista y el manejo de técnicas adecuadas son necesarias para dar la facilitación en un proceso de duelo y de cambio de actitudes.

INTERVENCIÓN AL EPT EN DELITO VIOLENTO

SESIONES

OBJETIVO

ESTRATEGIA

FASE INICIAL

UNA	Expresar el motivo de consulta y proponer la confianza hacia la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer Rapport y promover la empatía a través de técnicas de espejo y juego de comunicación.
UNA O DOS	Reflexionar sobre el evento sufrido y las situaciones a las que se enfrenta buscando así la identificación de la crisis	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la catarsis y expresión de sentimientos mediante la sensibilización. A través de la verbalización y las imágenes.
UNA	Permitir que la expresión de sentimientos que vivió y existen alrededor del evento y han influido en su visión actual de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar. • Identificar y reflejar los sentimientos a partir de técnica de espejo y relajaciones.

FASE INTERMEDIA

DOS	Manejar la culpa identificándola y valorar las expectativas irreales.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover regresiones y trabajar a partir de la exploración de sentimientos. Regresión guiada.
UNA O DOS EN CASO NECESARIO	Reconocer los síntomas así como su significado.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con polaridades y síntomas relacionados con un bloqueo a través de listado. Trabajo en parejas.
UNA O DOS	Reconocer la zona de bloqueo que influye en la elaboración del duelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el bloqueo relacionado con expresiones verbales y corporales.
UNA	Valorar la pérdida sufrida para llegar a su elaboración, a través de un encuadre del nivel de duelo que se tiene.	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar sus sentimientos en relación a la pérdida a través de técnicas como silla vacía.

DOS	Aceptar la pérdida vivida para una asimilación y elaboración.	<ul style="list-style-type: none"> Plantear los cambios a partir de la pérdida y promover la despedida a través de Trabajos ritualistas de despedida, con flores, cartas.
UNA	Reconocer la importancia de la pérdida y el significado que ha tenido en la vida del sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> Comentar la percepción que tiene la ausencia de la persona o de la seguridad, trabajo con miedos y fantasías.
UNA O DOS	Manejar sus exigencia y reclamo como una forma de expresar su vulnerabilidad a partir de sentimientos de enojo.	<ul style="list-style-type: none"> Explorar sentimientos personales y trabajar en la exigencia con técnicas de frustración.

FASE TERMINAL

UNA	Trabajar todo el proceso se visualiza en el aquí y ahora de la víctima y se exploran ventajas y desventajas. Objetivo contextualizar la situación actual	<ul style="list-style-type: none"> Exploración del cómo se siente visualizándose en los diferentes aspectos de su vida. Tarea de metas.
UNA	Integrar las experiencias nuevas en pro de metas realistas y acomodamiento a los cambios.	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciar las metas realistas, de las irreales y como las piensa realizar, confrontación.
UNA	<p>Evaluar el trabajo en psicoterapia y despedirse.</p> <p>* En caso de ser necesario se darán otras sesiones previamente justificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisar a partir de su ingreso a sesión y los cambios que ha identificado, despedirse.

CONTENCIÓN DEL ESTRÉS PARA PSICOTERAPÉUTAS

SESIONES O B J E T I V O E S T R A T E G Í A

FASE INICIAL

UNA	Conocer a los integrantes del grupo y hacer una evaluación de las expectativas.	Dinámica de presentación y alguna técnica de relajación complementaria para disminuir angustia.
UNA	Aprender a identificar los sentimientos generados en el aquí y ahora con el fin de aprender a identificarlos en el propio cuerpo.	Explorar sentimientos de fantasías guiadas y regresiones.

FASE INTERMEDIA

UNA	Aprender a manejar los sentimientos negativos a través de trabajos personales con el cuerpo.	Trabajar psicocorporalmente para sacar sentimientos negativos y aceptar los positivos.
DOS	Reconocer los aspectos generales de la violencia, la connotación personal y la manera de transformarla en favor de sí mismo.	Identificar a través de aspectos teóricos y ejercicios prácticos de actitudes.
UNA	Conocer los diferentes tipos de comunicación agresiva a fin de reconocer su propia forma de establecerla.	Exponer temática y ejercicios conductuales de agresividad.
DOS	Aprender a identificar los diferentes momentos de la crisis para poder trabajar en ellos.	Utilizar regresiones para identificar sentimientos y conductas de los diferentes momentos de la crisis.

DOS	Identificar los procesos de duelo en los cuales la víctima esta inmersa y aprender a manejarlo.	Teoría sobre el duelo y ejercicios prácticos en donde identifiquen sus propios duelos y que les gustaría haber hecho.
UNA	Identificar los diferentes tipos de comunicación a fin de reconocer su propia forma.	Trabajar ejercicios vivenciales y trabajo con sentimientos a partir de estos: comunicación distorsionada con gritos, gestos, actitud corporal y tono de voz.
DOS	Reconocer su autoimagen y autoconcepto a fin de identificar el como influye su propia percepción en su vida para incrementar su autoestima.	Trabajar con polaridades y enlistamiento de defectos y cualidades.

FASE TERMINAL

UNA	Identificar la percepción que tiene cada uno de los miembros del grupo ante la figura de autoridad, cómo se relacionan con ellos y su actitud.	Ejercitar lo relacionado con el poder, dar y recibir órdenes.
DOS	Reaprender a actuar asertivamente en los momentos que se presentan a partir de conocer las situaciones a las que se enfrenta una víctima.	Trabajar ejercicios gestálticos relacionados a la toma de decisiones y el desarrollo personal.
DOS	Trabajar consigo misma a fin de controlar y tener una vida más libre de tensiones.	Utilizar de técnicas diversas de autorelajación.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Ante las situaciones de desastre que afectan a un gran sector de la población se considera necesario trabajar terapéuticamente el EPT, puesto que a través de la terapia se pueden identificar bloqueos en la vida de los sujetos que han sido víctimas de algún delito violento y que por las características que se desprenden de dicha victimización generalmente acarrearán complicaciones y desadaptación en los sujetos en los ámbitos sociales, familiares y psicoemocionales.

Además se ha encontrado que la no elaboración del duelo en las diferentes etapas implica para el sujeto un bloqueo que en ocasiones le impide dar salida a los sentimientos que surgen a partir de la pérdida de un familiar, una función o alguna parte del cuerpo.

El detener la salida de sentimientos negativos puede producir inestabilidad emocional que repercute en la dificultad para aceptar su situación actual, lo cual se manifiesta tanto en síntomas como en acciones por parte de los sujetos.

Otro aspecto que se ha identificado es el estado de hipervigilancia que desarrollan las víctimas de Estrés Post-traumático, lo cual les produce sentimientos de vulnerabilidad y desconfianza a volver a vivir un evento similar, aislándose y evitando el contacto con estímulos que estén relacionados con el evento; existen en ocasiones ideaciones suicidas que con el paso del tiempo se vuelven más elaborados y que pueden desencadenar en un intento con consecuencias catastróficas.

Existe una serie de elementos que dan una significación diferente a las relaciones y al concepto de vida y seguridad lo cual promueve la agresión y el estado defensivo constante en el agredido, motivo por el cual es rechazado o aislado de los diferentes grupos sociales.

Las víctimas indirectas también han presentado síntomas similares que pueden ser denominadas de alarma ante un posible intento de suicidio o de algún acto de venganza, la atención por ello es importante considerar psicoterapéutica a familiares a fin de prevenir algún tipo de conducta suicida u homicida. Se ha considerado atender los trastornos psicológicos puesto que los niveles emocionales afectan directamente a la persona en su productividad (académica, laboral y social), tornándolo en ocasiones en individuos aislados y poco productivos.

Se recomienda la psicoterapia breve o de emergencia y crisis, así como el consejo y apoyo, como una alternativa de atención en casos de delito violento a fin de disminuir los síntomas presentados, elaborar el duelo, decrementar su angustia, utilizando las técnicas de apoyo inmediato y en el menor número de sesiones. Se articula el modelo de abordaje, en dos niveles, el primero de ellos dirigido a la persona que directamente vivió el evento y que presenta el Estrés Post-Traumático, asimismo a los familiares de la víctima también se les atiende a fin de proporcionarles apoyo y brindarles alternativas en caso de pérdida del familiar. En tanto que el segundo nivel tendrá que aliviar las tensiones y el estrés de las psicoterapeutas que proporcionan terapia en estos casos, como una forma de mantener saneada la parte terapéutica a fin de proporcionar la atención de manera objetiva y liberando a los profesionales de la tensión generada por trabajar directamente tanto la muerte como el delito violento.

1er. NIVEL/VÍCTIMA DIRECTA

Para el restablecimiento del paciente y su restablecimiento es importante proporcionarle tanto terapia en crisis, como de emergencia de acuerdo con las necesidades del paciente y la determinación del terapeuta, siendo los objetivos de esta:

PSICOTERAPIA DE CRISIS.- Su objetivo es proporcionar alivio a aquellas personas en peligro de descompensación, bajo una situación de estrés específico que son incapaces de enfrentar.

La teoría de la crisis toma en cuenta que debemos entender conceptos claves como son la desorganización y el desequilibrio, trastorno en el enfrentamiento, sobre la permanencia de los resultados Lazarus, 1976, dijo al respecto que se puede medir a través de la integración del suceso de crisis dentro de la estructura de la vida y la libertad/disposición del paciente para enfrentar el futuro.

Asimismo al explorar las áreas de supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo, adaptaciones conductuales/interpersonales, el terapeuta facilita reconocimiento para el enfrentamiento adecuado a la situación. (Slaikeu, 1988).

LA TERAPIA DE EMERGENCIA.- Busca conseguir un alivio inmediato en los pacientes con descompensación psicológica aguda.

En ambos casos se emplean:

- La reafirmación frente a la angustia y el temor.
- El reforzamiento a la confianza en los propios recursos.
- El apoyo realista a las decisiones.
- El uso de mecanismos de defensa adaptativos.
El foco de la terapia es liberar las emociones (Catarsis).
Elaboración a través de las causas que la provocaron.
- Revaloración de las culpas y temores injustificados.
- La construcción de planes realistas acordes con las circunstancias externas y recursos de la persona para:
 - Reparación de posibles daños de la imagen corporal.
 - Sentimiento de sí mismo.
 - La identidad.
 - La autoestima.
 - El sentimiento de identificación y reciprocidad con sus congéneres.
 - Liberación de sentimientos de soledad, desamparo, y subestimación.

EL TERAPEUTA:

Un punto importante para el éxito del proceso psicoterapéutico es el perfil del terapeuta que debe atender este tipo de pacientes, así como una serie de acciones que se consideran aconsejables para el logro de los objetivos terapéuticos, donde se involucre a los familiares, o permitir el anonimato de la atención mediante una línea telefónica.

Sugiere, explora, aconseja, brinda información, desalienta los temores irracionales.

Invita a expresar emociones y afectos, aporta explicaciones y alternativas.

- Los familiares y/o amigos pueden tener la función de yo auxiliar para disponer de recuerdos y recursos.
- La atención telefónica es un recurso que permite ocultarse a los ojos críticos de los otros.

En cuanto a la modalidad terapéutica, esta bien puede ser: Terapia individual o de grupo a través de dramatizaciones y dinámicas (Doring).

En cuanto al profesional que atiende la línea es importante que sea un individuo sensible ante la problemática, asimismo que tengan un esquema de facilitador que permita al otro crecer y darse cuenta por sí mismo, ya que esto facilita la expresión de sentimientos y la resolución de conflictos de manera tal que se reintegre a su vida cotidiana de la mejor manera posible.

2º NIVEL/TERAPEUTAS

Se ha cuidado que la atención psicoterapéutica sea profesional y especializada ya que esto implica una atención de primera calidad con un éxito implícito dentro del mismo. Por ello se considera que los profesionales que atienden el EPT es necesario que estén en atención psicoterapéutica, sin embargo una alternativa que se brinda son los grupos de contención del estrés en donde puedan compartir experiencias que resulten bloques para el propio terapeuta.

En este nivel, resulta de igual forma aplicable la psicoterapia breve o de emergencia, pero a diferencia de los pacientes en donde los procesos bien pueden ser individuales en una primera fase y quizás después pasar a grupo, ya sean heterogéneos u homogéneos, o bien si existe un grupo de parientes que vivieron juntos el evento violento, puede aconsejarse el que inicien un grupo terapéutico desde el principio sin que previamente hayan estado en terapia individual.

La supervisión clínica constante se considera necesaria, ya que esto implica tener los casos en control y evitar un tratamiento en el cual no obtenga una estabilidad emocional el usuario. Asimismo se van discutiendo e implementando tanto técnicas como estrategias para valorar la efectividad del tratamiento terapéutico, como las deficiencias o habilidades de los terapeutas.

Por otro lado al tener grupos de contención se promueve el saneamiento del terapeuta para dar una atención de calidad trabajando sus propias carencias, movilizaciones internas, conflictos presentes y hacia el grupo que de una u otra forma bloqueen el trabajo y generen tensión en el profesional, por ello será necesario el compromiso del terapeuta tanto de asistencia como de participación dentro del grupo, y la elección del facilitador para que sea una persona sensible, profesional y lo más objetiva posible para guiar al grupo terapéutico.

GRUPOS DE CONTENCIÓN

Contener el estrés de los terapeutas que atienden este tipo de pacientes es fundamental, ya que permite sanear al psicólogo y que éste no se cargue o sea depositario sin salida del estrés de su paciente y por lo tanto se faciliten los procesos terapéuticos que efectúe.

No debemos olvidar que los psicólogos se identifican con sentimientos de soledad y abandono a partir de ver en el otro una experiencia similar, asimismo disminuye su culpa, al tiempo de trabajar su propia soledad y su propio abandono permitiendo establecer una red de comunicación con su paciente a través de un proceso previamente trabajado por el terapeuta.

En lo referente a los terapeutas, se recomienda que la contención de su estrés se verifique en grupo, máxime si comparten la atención de este tipo de pacientes, puesto que los lleva a ser un grupo con objetivos comunes e interés en salir adelante con el tratamiento terapéutico elegido para enfrentar la problemática.

Cabe mencionar que el grupo terapéutico dirige constantemente la atención hacia el tema al grupo del supuesto básico y debe mostrarse que el objeto del temor depende del estado mental que predomina en el grupo (Blaon, 1994).

Los grupos en donde existen emociones en juego como en el caso de los terapeutas se consideran de vital importancia puesto que estos promueven la elaboración del duelo, el manejo de sentimientos, la expresión de los mismos al contener tanta carga emocional: se sugiere que estos grupos contengan a su vez los mismos recursos con sus iguales, en donde no tienen que ser únicamente los facilitadores, sino que son parte del grupo y cada una de sus expresiones sirve para entender las problemáticas que se presentan dentro del grupo.

Ello puede ser beneficioso, tanto por la experiencia compartida, como para el desarrollo institucional, cuando las terapeutas pertenezcan a una de ellas.

De igual forma, las estrategias terapéuticas que se implementen deben atender a ambos niveles, así en primera instancia hablaremos del presente:

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE PARA VÍCTIMA DIRECTA

Tomando en cuenta estos planteamientos hechos por Doring, ??? hemos intentado retomar la importancia que dicha estrategia tiene para la atención terapéutica:

1. Propiciar la comunicación.

(Expresión de afectos y fantasías a fin de desencadenar llanto o ira contenidos).

Esto es que la víctima se sienta en la libertad de expresar cualquier sentimiento que se haya desencadenado a partir del delito violento puesto que en ocasiones estos se quedan estancados por necesidad del propio medio. quiere decir que a partir de generar un ambiente de confianza entre terapeuta-paciente se pueda dar éste.. determinando así el área de trabajo necesaria con este usuario.

2. Promover la Catarsis.

(Investigar si esto provoca culpa, vergüenza o se vive como ataque a la autoestima y la identidad, entra en contradicción con los valores culturales y personales. Relato minucioso de la situación traumática).

- En algunos casos se presentan síntomas generados por el suceso traumático, debido al significado que adquiere y no a su impacto directo.

En este punto es importante mencionar que al estar relacionado un evento con toda la cultura, los valores inculcados, la autoestima entre otros, puede acrecentar y dar mayor significación al evento vivido donde encontramos la culpa con mayor frecuencia como uno de los sentimientos determinantes ante este tipo de eventos, es ahí donde es necesario desmitificar los eventos no como castigos ni culpas sino como responsabilidades, además es determinar lo que existe detrás de cada uno de estos para llegar al verdadero significado promoviendo y facilitando la asimilación del evento dentro de la vida del sujeto como su propia aceptación.

Al hablar del impacto estaría relacionado directamente con el sujeto, lo cual no en todos los casos sucede por ejemplo: en el suicidio, a pesar de no ser un delito existe el significado en muchas ocasiones en torno a la vergüenza, por fantasías donde la gente expresa algún desequilibrio mental; más que el impacto por la muerte es en sí mismo por la acción lo cual es importante identificar a fin de que se determine el plan terapéutico a seguir.

3. Elaboración.

(Permite que la catarsis dure el tiempo necesario apoyando a la paciente en sus expresiones).

Se pretende que el paciente recupere el control de su vida a través de:

Comprensión, explicación, reflexión y resignificación de los afectos que se generaron a consecuencia de la situación traumática. Comprensión de sentimientos de dolor, rabia, vergüenza. Interrelación entre afectos y pensamientos.

En este punto se centra la elaboración del proceso terapéutico, tanto de la (s) pérdidas sufridas al haber sido víctima de algún delito violento, como la comprensión del evento en sí.

Aquí se busca tener congruencia entre pensamientos, sentimientos y acciones a fin de evitar el conflicto entre ellos.

Por otro lado la resignificación es determinante para la recuperación del evento traumático, puesto que conlleva cargas emocionales de gran importancia para el usuario al tener una visión que sea más objetiva y que la maneje adecuadamente de manera positiva.

4. Retorno a la realidad.

(Restablecimiento de la relación al mundo al que vuelve. Explorar lo que debió haber hecho apoyando las evaluaciones realistas del paciente, corrigiendo donde haya culpa, megalomanía o narcisismo interpretándolas como necesidades irreales pero tranquilizadoras a fin de establecer contacto real con sus propias capacidades y circunstancias de estres).

- Aumento de autoestima

- Asumir el control de su vida.

A pesar de ser el más específico este punto abarca todo lo que es el replanteamiento tanto de ideas como de actividades a realizar, previamente se han trabajado los diversos aspectos cognitivos, afectivos y conductuales que han llevado a la persona a la no aceptación de su nueva situación, es aquí donde se intenta que se acepten cada una de las acciones terapéuticas realizadas a fin de buscar el equilibrio emocional de la víctima.

Trabajar en base a las metas realistas de la víctima y no en los supuestos.

5. Cierre de la entrevista.

- a) Pedir al paciente diga que “se lleva” o que entendió de las sesiones.
- b) El terapeuta hace el resumen de lo que considera los síntomas.

Este punto puede contener en las últimas sesiones el recuento de las acciones realizadas, de los cambios que ha percibido el usuario a partir de iniciar un proceso terapéutico, asimismo el terapeuta evalúa los avances del mismo identificando si existe algún conflicto aún no resuelto y si se han cumplido los objetivos terapéuticos. Ambos, terapeuta-paciente deciden si el tiempo acordado para concluir el proceso es el óptimo siendo el terapeuta quien manifiesta la posibilidad del alta en un tiempo corto después de una o dos sesiones.

6. Indicaciones.

El número de entrevistas depende tanto de la condición del paciente como de la habilidad del terapeuta, a veces se llega a lograr en una sola sesión.

Aquí como sesión final se van a dar indicaciones en donde se llegue al acuerdo de que siga poniendo en práctica lo que hasta el momento ha realizado, en cambios, actitudes, acciones y pensamientos, tomando en cuenta que las sesiones han promovido el avance necesario para que no exista un regreso, cabe aclarar que aquí el manejo de la despedida es fundamental puesto que en ocasiones es éste el motivo de consulta del usuario, es decir es la no despedida o la dificultad para hacerla.

ESTRATEGIAS PARA EL GRUPO DE CONTENCIÓN.

Partiendo desde la perspectiva de Doring se llevará el proceso en un punto similar, sin embargo durante todo el trabajo se evalúa a nivel personal las habilidades del terapeuta para manejar las diferentes situaciones que se le presentan, asimismo identificar los bloqueos que pueden significar el no compromiso de éste ante la problemática, el manejo de sus propios duelos y crisis, que permitan

saber la capacidad de resolución y proteger al profesional que esto pueda implicar un desequilibrio emocional personal.

Otro punto importante es trabajar la propia violencia del terapeuta ya que ello va a determinar el lenguaje corporal y personal a manejar durante las sesiones de terapia, en ocasiones este tipo de temas son poco trabajados y en los profesionales que llevan determinado tiempo atendiendo esta problemática los desensibiliza y los vuelve poco involucrados ante la atención.

La comunicación es un tema de vital importancia ya que esto permite saber si el terapeuta es capaz de transmitir hacia el otro la confianza suficiente para el trabajo terapéutico, si su lenguaje (corporal y verbal), es congruente y si ello ha sido algo que ha trabajado suficientemente para lograr el trabajo terapéutico.

Evidentemente se trabaja crecimiento personal que incluye, autoestima, asertividad, manejo del estrés, figuras de autoridad en donde en cada una de las áreas estén involucradas técnicas que permitan desarrollarse de manera óptima a nivel personal, laboral y profesional, obteniendo así un crecimiento mayor.

Esto a su vez sólo es un proceso corto que no pretende trabajar a fondo la problemática, sino más bien determinar algunos bloqueos para que el profesional lo trabaje en otro espacio individual específico.

El grupo de contención es un grupo que tiene duración de tres y medio meses aproximadamente y que puede ampliarse a cuatro o cuatro y medio de acuerdo con las necesidades del mismo grupo, sin embargo se realiza de nuevo cada determinado tiempo, de cuatro a seis meses con el fin de verificar que continúe el saneamiento.

CONCLUSIONES

Este trabajo tiene la dificultad en la identificación de síntomas debido a que se deriva de un delito violento que por las situaciones en las que se da se considera parte de la vida cotidiana.

Se da importancia a la atención por las consecuencias que se acarrea a partir de haber vivido un evento violento y las repercusiones que trae en la vida del individuo tanto a nivel emocional, social y laboral, y como esto llega a ser un síntoma para disfunciones posteriores que llegan a disminuir la percepción de sí mismo.

Se encontraron además que en cuestiones de género las reacciones más intensas la presentan las mujeres en un 53.17% y los hombres en un 46.83%, ello nos da a pensar que a pesar de tener reacciones intensas ambos sexos no es significativa la diferencia que existe entre ambos.

Por otra parte la atención a partir de un modelo cognoscitivo conductual permite que sea ecléctico y da como resultado la asimilación del evento a partir de cómo se conceptualiza, en ello observamos estrategias basadas en la vulnerabilidad, psicocorporal, ritualistas, visualizaciones, catarsis y todo aquello que implique el manejo de sentimientos y el cambio de actitudes a fin de dar una adecuada atención.

Por ello implementar en la cultura entender la victimización y reeducar al personal y a la propia gente sobre la importancia de atender las emociones y los sentimientos desencadenados de un evento violento simplificar en algún momento los problemas terapéuticos, brindará la oportunidad de una mejor calidad de vida para las víctimas y sobre todo difundirá una cultura en donde se da importancia a los sentimientos y emociones desencadenadas a partir del evento violento sufrido.

B I B L I O G R A F Í A

1. ARTÍCULOS DE LOS BANCOS DE DATOS DE CIINPSY
(SILVER PLATERS Co.).
2. BARTRA, R. (1987).
"LA JAULA DE LA MELANCOLÍA".
(IDENTIDAD Y METAMORFOSIS DEL MEXICANO)
EDIT. GRIJALBO, MÉXICO. D.F.
3. BELLAK Y COLS. (1988).
"PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA"
EDIT. PAX. MÉXICO.
4. BION, W.R. (1994).
"EXPERIENCIAS EN GRUPOS"
PAIDOS.
5. BLSKAN, K.A. (1984).
"INTERVENCIÓN EN CRISIS"
EDIT. MANUAL MODERNO.
6. CAMPUZANO, C. Y COLS. (1980).
"PSICOLOGÍA PARA CASOS DE DESASTRE"
EDIT. PAX . MÉXICO. pp. 88-95.
7. CÍCERO, M. Y COLS ET. AL (1994).
DSM-IV BREVIARIO

8. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. (1997).
EDIT. ALCO.
9. DÍAZ PORTILLO, D. (1987).
“PSICOLOGÍA PARA CASOS DE DESASTRE”
EDIT. PAX.
10. EVERSTINE, E. (1988).
“PERSONAS EN CRISIS”
EDIT. PAX. MÉXICO.
11. FLANET, V. (1985).
“LA MADRE MUERTE” (VIOLENCIA EN MÉXICO)
EDIT. F.C.E., MÉXICO, D.F.
12. FONTANA, D. (1995).
“CONTROL DEL ESTRÉS”
EDIT. MANUAL MODERNO.
13. FARBEROW Y COLS. (1969).
“NECESITO AYUDA!”
EDIT. FOURNIER, S.A.
14. FRANK, V. (1985).
“EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO”
EDIT. TRILLAS.
15. FROM, E. (1980).
“ANATOMÍA DE LA DESTRUCTIVIDAD HUMANA”
EDIT. SIGLO XXI, MÉXICO, D.F.

16. GENOVÉS, S. (1991).
“EXPEDICIÓN A LA VIOLENCIA”
EDIT. F.C.E., MÉXICO, D.F.
17. GENOVÉS, S. (1977).
“VIOLENCIA UNA VISIÓN GENERAL”
EDIT. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
ANTROPOLÓGICAS. SERIE ANTROPOLOGÍA: 30,
U.N.A.M., MÉXICO, D.F.
18. GOLDSTEIN, H. (1988).
“AGRESIÓN Y DELITOS VIOLENTOS”
MANUAL MADERO.
19. GONZÁLEZ, J. Y COLS. (1994).
“DINÁMICA DE GRUPOS”
EDITORIAL PAX, MÉXICO.
20. INICIATIVA DE LEY DE JUSTICIA PARA LAS VÍCTIMAS EN EL DISTRITO FEDERAL.
(20 DE ABRIL DE 1995).
DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN.
21. JAY LINN, S. Y COLS. (1988).
“PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS MODELOS Y MÉTODOS”
BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA.
22. KEPNER, J. (1992).
“PROCESO CORPORAL”
EDIT. MANUAL MODERNO.

23. "LA VIOLENCIA" (JUNIO 1995).
REVISTA MUY INTERESANTE
SEC DOCUMENTO AÑO XII No. 6.
PP 11-23. MÉXICO, D.F.
24. LAZARUS. A. (1990).
"ESTRES Y PROCESO COGNITIVO"
EDIT. ROCA.
25. LAZARUS. A. (1980).
"TERAPIA CONDUCTISTA"
EDIT. PAIDÓS.
26. LUFT. J. (1992).
"INTRODUCCIÓN A LA DINÁMICA DE GRUPOS"
EDIT. HERDER.
27. MAHONEY, M. Y COLS. (1988).
"COGNICIÓN Y PSICOTERAPIA"
EDIT. PAIDÓS BUENOS AIRES.
28. MARCHIANI, H. (1980).
"LA VÍCTIMA DEL DELITO"
EDIT. CÓRDOBA ARGENTINA.
29. MEICHEMBAUM, D. (1987).
"PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS"
BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA.

30.MENDOZA Y COLS. (1996).

"IMPACTO VICTIMAL DEL DELITO VIOLENTO QUE GENERÓ ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO".

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.

EDICIÓN INTERNA.

31.NEWMAN, E. (1991).

"VICTIMOLOGÍA".

(EL ROL DE LAS VÍCTIMAS EN LOS DELITOS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES). EDIT. CÁRDENAS EDITORES Y DISTRIBUIDOR, MÉXICO, D.F.

32.RODRÍGUEZ, L. (1988).

"VICTIMOLOGÍA".

EDIT. PORRUA, S. A., MÉXICO, D.F.

33.ROGERS, C. (1985).

"EL PODER DE LA PERSONA"

34.SALAMA, P. HECTOR. (1989).

"EL ENFOQUE GUESTALT, UNA PSICOTERAPIA HUMANISTA"

EDIT. MANUAL MODERNO.

35.SATIR, VIRGINIA. (1991).

"NUEVAS RELACIONES HUMANAS EN EL NÚCLEO"

FAMILIAR

EDIT. PAX DE MÉXICO.

36.SLAIKIEU. (1988).

"TERAPIA DE EMERGENCIA"

37.WOLPE, J. (1979).

"PRACTICA DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA"

EDIT. TRILLAS MÉXICO.