



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Intervención en crisis en víctimas de asalto:
una propuesta de taller”**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

María del Refugio Pérez Espino

Directora: Mtra. **María Cristina Bravo González**
Dictaminadores: Lic. **Edy Ávila Ramos**
Lic. **José Esteban Vaquero Cázares**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

*-Gracias Dios, porque sin tú bendición
hubiese sido complicado llegar hasta aquí.*

*-A mis padres, Teresa y Jesús, por todo el apoyo,
comprensión, cuidados, paciencia y
esfuerzos dedicados a lo largo de mi andar.
Gracias a ello he culminado una de mis grandes metas.
Con cariño para ustedes, los amo.*

*-Chuy y Judith, gracias por las palabras
de aliento siempre tan precisas.
Su apoyo lo tengo presente.*

*-Toño y Erika, gracias por los consejos
emitidos a lo largo del camino.*

*-A Sofía e Itzaé, por iluminar con
sus sonrisas mi caminar.*

*-A todos mis compañeros y amigos de la FESI,
en especial a Fernanda, Ollín, Laura y Daniel.
Gracias por el conocimiento, experiencias, lágrimas y
risas compartidas a lo largo de los semestres.*

*-A mi alma mater, la UNAM,
en especial a la FESI, donde forjé mi camino
y aprendí cosas deliciosamente valiosas.*

*-Maestra Cristina Bravo: Gracias por la paciencia,
el tiempo y apoyo en la realización de esta tesis,
como siempre ¡A la orden!*

*-Edy y Vaquero: Gracias por las enseñanzas
desde el inicio de la carrera.*

-Estimado lector:

Agradezco el interés en leer este trabajo, que es resultado de un esfuerzo óptico y racional. Lo quiero compartir contigo, porque si bien es cierto nadie está exento de los problemas y las crisis que a diario se manifiestan, pero la magia de sobrellevarlos, está precisamente en la manera de afrontarlo, pues la vida es una continua sucesión de oportunidades para sobrevivir.

Por tal motivo este trabajo abre una doble invitación, la primera a reflexionar sobre la potencialidad de crecimiento personal ante los sucesos inesperados de la vida y la segunda a brindar ayuda a las personas que nos rodean cuando sea necesario, pues tenemos que recordar las palabras de Gabriel García Márquez: “Un hombre sólo tiene derecho a mirar a otro hacia abajo, cuando ha de ayudarlo a levantarse”.

DEDICATORIA

-A Javier De Dios Vargas.

Por tú fortaleza, tenacidad, paciencia, sensibilidad, valentía e inteligencia en los momentos precisos. Por mostrarme que los castillos no se construyen sobre arena y que es a base de esfuerzo, dedicación, voluntad y paciencia que se consigue lo que se ama y porque a pesar de las dificultades has salido adelante en cada una de ellas.

Sin embargo, las palabras me resultan insuficientes para lograr expresarte todo lo vivido en estos días, aún así, gracias por estar conmigo y tenderme una mano amiga, un hombro en donde desahogarme, por el apoyo, amor, enseñanzas y experiencias compartidas a través del tiempo y la distancia, que aunque estos últimos se empeñen en hacerse más prologados y fuertes, les daremos la vuelta.

Porque la vida tiene mucho que mostrar, pues los cambios aunque parecen abruptos e inciertos, al final enriquecen más de lo que aparentan.

Te amo, por lo que fue, lo que es y lo que será.

¡Paso firme hacia adelante, pisa fuerte y con rotundidad!

*“La memoria del corazón elimina los malos recuerdos
y magnifica los buenos, y gracias a ese artificio,
logramos sobrellevar el pasado.”*

Gabriel García Márquez.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA CLÍNICA	21
1.1. Antecedentes históricos.	21
1.2. Definición de psicología clínica.	25
1.3. Funciones profesionales del psicólogo clínico.	26
1.3.1. Evaluación.	28
1.3.2. Prevención.	30
1.3.3. Intervención.	31
1.3.3.1 Propósito de la intervención.	33
1.3.3.2 Producción del cambio: El proceso de la intervención.	35
1.3.3.3 ¿Cuándo es preciso intervenir?	38
1.3.4. Desarrollo.	39
1.3.5. Investigación.	41
CAPÍTULO 2. INTERVENCIÓN EN CRISIS	44
2.1. Definición de crisis.	44
2.2. Tipos de crisis.	46
2.2.1. Crisis del desarrollo.	47
2.2.2. Crisis circunstanciales de la vida.	48
2.3. Modelo de Intervención en crisis: Antecedentes, teorías y fundamentos.	51
2.4. Intervención de primer orden.	53
2.5. Intervención de segundo orden.	58

CAPÍTULO 3. VÍCTIMAS DE DELINCUENCIA: ASALTO EN VÍA Y TRANSPORTE PÚBLICO.	62
3.1 ¿Qué es la delincuencia?	62
3.2 Delincuencia y violencia social en México.	64
3.2.1. Asalto en vía y transporte público: víctimas y delincuentes.	70
3.3. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas.	72
CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE UN TALLER: INTERVENCIÓN EN CRISIS EN VÍCTIMAS DE ASALTO.	79
4.1. Intervención en crisis realizada por la policía: Primera ayuda psicológica (PAP)	79
4.2. Propuesta del taller: Intervención en crisis en víctimas de asalto.	87
5. CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	92

RESUMEN

La psicología clínica, puede definirse como un área tecnológica que comprende investigación, enseñanza y servicios relacionados con la aplicación de principios, métodos y procedimientos, así se busca comprender, predecir y aliviar la desadaptación emocional, social y cultural de la población. Es así que la intervención en crisis, es una estrategia diseñada para aprovechar la potencialidad de crecimiento personal, por medio de intervenciones planeadas durante el periodo de crisis, pues en un contexto en que la población esta expuesta a ser víctima de la violencia ejercida a través de un asalto, el cual es un acto inesperado, rápido y estresante, requiere de atención igualmente rápida que disminuya los niveles de ansiedad y estrés por los que la persona está pasando. Por tanto el objetivo de este trabajo es diseñar un taller para servidores públicos que les permita brindar una primera ayuda psicológica a víctimas de asalto, dotándoles de las herramientas básicas de la primer ayuda psicológica, basándose en la experiencia personal de cada uno de ellos, pues al tener contacto con las víctimas, se les orientará a ser flexibles y empáticos con ellas.

Palabras clave: Psicología clínica, funciones profesionales, Intervención, crisis, Intervención en crisis, víctimas, violencia, asalto, vía pública, primera ayuda psicológica, consecuencias.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo consta de 5 capítulos, desarrollando el primero con conceptos generales de lo que es la psicología clínica, los antecedentes históricos y finalizando con las funciones profesionales del psicólogo clínico, haciendo énfasis en la función de intervención.

La psicología clínica puede definirse como un área tecnológica, la cual comprende investigación, enseñanza y servicios relacionados con la aplicación de principios, métodos y procedimientos, de esta manera se busca comprender, predecir y aliviar la desadaptación emocional, social y cultural.

Por tanto, podemos decir que la psicología clínica, es el campo en el cual se integra la teoría, ciencia y práctica para comprender, predecir y aliviar los desajustes, las discapacidades y el malestar, así como para promover la adaptación, el equilibrio y desarrollo personal.

La psicología clínica tiene algunas orientaciones teóricas primarias: psicoanalista, humanista, terapia de la conducta o terapia cognitiva y terapia familiar sistémica, donde las prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico psicológico y la consejería, por esto, la psicoterapia es ejercida por un terapeuta capacitado.

Esta área de la psicología tuvo su inicio en el año 1896, en Estados Unidos, cuando Lightner Witmer dio inicio a la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania. También se reconoce en Europa como iniciador de la psicología clínica a Sigmund Freud y su teoría del psicoanálisis que ya en 1895 enfrentaba oposición por sus prácticas de intervención psicoterapéutica y planteamientos teóricos clínicos estructurados en tres niveles: investigación, intervención psicoterapéutica y formulación de teorías psicológicas y psicopatológicas anticipándose a Witmer y estableciendo los criterios fundamentales de la psicología clínica aplicada; donde el psicodiagnóstico y la investigación, fueron los mayores indicadores de identidad del psicólogo clínico (Phares, 1996).

Ahora bien, las funciones profesionales de un psicólogo clínico constan de diversas actividades, las cuales incluyen: evaluación, prevención, intervención, desarrollo e investigación, hallando que hasta el momento, se han desarrollado definiciones diferentes sobre lo que es la evaluación psicológica, algunos autores refieren que es un proceso de solución de problemas, en donde existen, preguntas y respuestas. Para otros autores, la evaluación es el conjunto de procesos utilizados por una persona para desarrollar impresiones e imágenes, tomar decisiones y verificar hipótesis acerca del patrón de características de otra persona que determina su conducta e interacción con el ambiente (Phares, 1996).

Así pues, el propósito de la evaluación no consiste en descubrir la verdadera esencia psíquica del cliente, sino describir al cliente en términos prácticos, lo cual conducirá a la solución de un problema.

Para dar inicio a la evaluación se realiza una entrevista de admisión que consiste en la recopilación del historial clínico, además se puede reunir otro tipo de información mediante la aplicación de pruebas psicológicas, después de que se recopila y analiza toda la información, se realiza una integración preliminar, lo que es deseable en este caso no es sólo la aplicación de una etiqueta diagnóstica sino una construcción de gran alcance acerca de los problemas del cliente a la luz de todos los datos psicológicos, ambientales y médicos disponibles, de esta manera se establece una conceptualización inicial acerca del cliente, que proporcionará pautas para las intervenciones terapéuticas que han de emprenderse.

Una vez evaluada la causa por la cual el cliente llega a consulta, es necesario planear las estrategias y un posible tratamiento, que nos lleve a la prevención de dicha causa, así pues, se desglosa el concepto de prevención, que en general, afirma que a la larga las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual, aplicado tras el “brote” del problema (Kazdin, 2001).

La intervención psicológica es un método para inducir en la conducta, pensamientos o sentimientos de una persona, además la intervención conlleva programas que guíen el actuar y el pensar del cliente, aportándole una serie de habilidades para conseguir la meta de la terapia; y como ya se ha mencionado esto dependerá de la especificidad de la terapia y la corriente de la misma. Finalmente, el objetivo de la intervención es mejorar la situación que desencadena malestar, esta intervención debe ser adecuada a cada cliente, por lo que deben emplearse técnicas específicas y herramientas de evaluación que faciliten dicha tarea.

Otra de las funciones profesionales del psicólogo, es el desarrollo de programas que ayuden a la población, a manera de prevención y sobre todo de intervención, esta tarea implica el conocimiento teórico y aplicado, así pues, basándonos en investigaciones hechas, podemos evaluar qué técnicas son efectivas para aplicar en determinado momento.

Los programas de intervención pueden aplicarse a nivel individual, como a nivel grupal, una las características principales de los programas de intervención, es delimitar un objetivo a alcanzar, ponerlo en práctica mediante estrategias psico-educativas que permitan resolver el problema, el número de sesiones que se puedan estimar para lograr dicho objetivo, saber a qué personas se le está aplicando o se les va a aplicar dicho programa, saber el porqué se les aplica, observando en el transcurso del mismo si se cubren las necesidades que la población demande, además deben tener la flexibilidad de adaptarse y modificarse si no se están cubriendo las necesidades.

Así, la intervención psicológica difiere en los aspectos del funcionamiento humano que se pretenden cambiar y además también se interesa en problemas sociales amplios y en dificultades del desarrollo en la vida diaria, pues a los clientes, por lo general, les interesa lograr un cambio que a ellos los haga sentir mejor y reduzca la angustia.

Pero, cuándo es precisamente que se inicia el cambio, pues bien, el cambio se produce paulatinamente, ya que las intervenciones inician un conjunto complejo

de procesos, en los cuales los pensamientos, las conductas, las emociones y la biología de la persona, así como el ambiente, influyen todos entre sí, afectándose de manera continua y entrelazada, por ejemplo, los cambios en la cognición producen alteraciones biológicas, emocionales y conductuales y los cambios en la conducta conducen a alteraciones en la biología, las cogniciones y las emociones, es así, que los psicólogos ayudan a los individuos a modificar sus acciones para ayudarlos a cambiar sus emociones, cogniciones y procesos biológicos subyacentes (Compas, 2003)

Por último, la investigación psicológica tiene varios propósitos, primero permite que escapemos de la especulación, es decir, no sólo se afirmará que una terapia funcionará, si no que se conduce el tipo de investigación que demostrará su efectividad o la falta de ésta.

Además, la investigación permite ampliar y modificar las teorías al igual que establecer su eficacia y utilidad, existiendo así, una relación esencial entre la teoría y la investigación, puesto que la primera estimula y guía la investigación que se realiza, pero en sí misma, sufre modificaciones a partir de los datos de la investigación.

Por lo tanto, la razón principal para la investigación es el aumento en nuestra capacidad para predecir y comprender la conducta, sentimientos y pensamientos de nuestros clientes, entonces, podemos decir, que la investigación nos permitirá intervenir de manera más efectiva en beneficio del cliente, llevando a cabo una resolución de problemas prácticos (Kazdín, 2001).

En el segundo capítulo, se abarca desde el concepto hasta el modelo de intervención en crisis. Así, etimológicamente, por la terminología grecolatina, crisis tiene que ver con un momento de decisión en un asunto de importancia; lo que engloba esta palabra también es discernimiento o punto decisivo para un cambio.

Este concepto manifiesta que un individuo se enfrenta a múltiples complicaciones, accidentes, robos, decesos, sin embargo debe tomarse en cuenta que cada una de las crisis vividas, pueden generar una actitud de

cambio y crecimiento de acuerdo a si el individuo que la vive tiene las herramientas suficientes para conseguir ventajas de ella.

Por otra parte, Slaikeu (1988) determina que una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, ya sea utilizando métodos para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo, esto último tiene que ver con los métodos que regularmente el individuo ha utilizado en situaciones familiares para resolver problemas y si estos métodos le han sido útiles y viables, si esto no fuera así, se comienza a generar angustia y limitación para actuar.

Podemos decir entonces que la crisis es una experiencia subjetiva, en donde algunas personas pueden sobrellevar una agresión relativamente masiva sin consecuencias aparentemente normales, mientras que otras se derrumban ante estresores aparentemente leves, así pues, sea cual fuere su origen, una crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de una persona.

Ahora bien, existen dos tipos de crisis, de desarrollo y circunstanciales, las primeras son aquellas que hacen referencia al traslado de una etapa a otra del crecimiento por todos reconocidas, comenzando por el nacimiento, la lactancia, la dentición, el destete, la adolescencia, la entrada a la vida escolar, la socialización, crisis escolares, elección de una carrera profesional, elección de pareja, la adultez, la menopausia, envejecimiento y la confrontación con la muerte (Musicante, 2005) y cuando existe interferencia en la realización de alguna etapa, surge la crisis.

Por otro lado, las crisis circunstanciales se refieren a situaciones accidentales o inesperadas, en donde el riesgo más sobresaliente que a su vez, pueden subdividirse, de modo significativo, en situaciones catastróficas naturales tales como: sismos, inundaciones, erupciones volcánicas, trombas y en situaciones catastróficas sociales, como son las guerras, guerras civiles, represión y terrorismo, pobreza extrema, violencia, víctimas de crimines, choques

culturales, maltrato a niños, pérdida del trabajo, víctimas de accidentes, violación, suicidio y abuso de sustancias adictivas.

Así, la clave para distinguir la crisis circunstancial de otras crisis es que ésta es azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica (Díaz, 2009).

Las crisis circunstanciales incluyen: violación, incesto, aborto, suicidio, enfermedad aguda o crónica, maltrato a niños, cónyuges y/o personas mayores, víctimas de accidentes, víctimas de crímenes, choques culturales, pérdida del trabajo, secuestros, crisis familiares, alcoholismo y abuso de sustancias adictivas.

Es así, que las víctimas pueden recibir ayuda externa en el manejo de cada fase de la crisis. Aquellos quienes tienen el primer contacto con la víctima (policía, trabajadores de urgencias y personal de hospital, trabajadores sociales, familiares, amigos) deben estar preparados para proporcionar la primera ayuda psicológica, y ésta deberá ser flexible y versátil, puesto que es en esta intervención de primero orden que se busca dar apoyo inmediato, reducir la mortalidad, servir como vínculos y buscar una solución pronta que ayude a la víctima a ver aspectos positivos de la crisis que atraviesa por ese momento, pues como bien menciona O'Hanlon (2005) es imposible evitar las crisis, pero estas devuelven algún aspecto que se habían dejado de lado y puede tratarse de una experiencia positiva, pues permitirá un mayor acercamiento a los demás, cambios de prioridades, incremento de la sensibilidad y empatía hacia los demás, entre otros tantos beneficios.

La intervención en crisis es un método de relación muy útil con los pacientes y sus familias en estos episodios de grave estrés, teniendo como objetivos de la intervención en crisis: socorrer a la persona en tensión, ayudarla con dignidad durante este difícil período y de esta manera prevenir posibles marcas psicológicas duraderas derivadas de la experiencia. Si es posible, ayudar a la persona a sacar algún provecho positivo de la resolución de la crisis.

Sin embargo, la intervención en crisis no es un sustituto de la evaluación psicológica detallada, ni debe considerarse un enfoque asistencial "rápido". La

intervención efectiva en crisis constituye el rápido establecimiento de relación con la persona en situación de estrés, determinar la naturaleza del problema presentado y estipular un tratamiento razonable y práctico (Gordón, 1990).

Por tanto, la intervención en crisis, es una estrategia diseñada para aprovechar esta potencialidad de crecimiento personal, por medio de intervenciones planeadas durante el periodo de crisis.

Este proceso puede subdividirse en dos fases, la intervención de primer orden (primera ayuda psicológica), la cual debe brindarse de inmediato, al igual que la física por aquellos que tuvieron contacto con la víctima, estos procedimientos duran poco tiempo y pueden proporcionarse por asistentes comunitarios. Y la intervención de segundo orden, la cual es el principio primordial de la terapia en crisis y está dirigida a facilitar la resolución psicológica de la crisis y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento específico en técnicas de evaluación y tratamiento; donde la finalidad primordial del ayudante es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación que lleven a la iniciación del proceso de solución de problemas.

Existen tres objetivos que persigue la primera ayuda psicológica (Slaikeu, 1988), el primero es proporcionar apoyo sobre la premisa de que es mejor para la persona no estar sola al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes, es decir se le brinda apoyo y ayuda a la gente cuando la presión está al máximo.

El segundo objetivo es reducir la mortalidad y se refiere al hecho de salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis, es decir, tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación.

Y finalmente el tercer objetivo consiste en proporcionar enlace a recursos de ayuda, es decir, vez de tratar de resolver el problema de manera inmediata, el ayudante identifica con precisión las necesidades críticas y luego realiza una referencia apropiada a alguna persona asistente o institución, a menudo esta

referencia se hará durante la asesoría individual variada a corto plazo (terapia en crisis).

Ahora bien, la valoración y estructura del tratamiento empleado está basado en el trabajo de Lazarus (1981, en Slaikeu, 1988) que reconoce la importancia de apreciar el funcionamiento del paciente en diversas áreas o subsistemas, que son: el emocional, el conductual y cognoscitiva, a lo cual se le denomina CASIC.

El sistema conductual (C) hace referencia a actividades manifiestas, así al valorar el funcionamiento conductual del paciente se dan atención a los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas clave y áreas de capacidad e incapacidad.

Las variables afectivas (A) incluyen sentimientos que un individuo puede tener sobre cualquiera de estas conductas sobre un suceso traumático o la vida en general.

Por su parte el funcionamiento somático (S) hace referencia a todas las sensaciones corporales que incluyen dolores de cabeza, malestares estomacales y salud general.

La modalidad interpersonal (I) incluye información sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales del paciente.

Por último, la modalidad cognoscitiva (C) se refiere a los procesos mentales, en donde se incluyen imágenes o descripciones mentales a cuanto metas en la vida, recuerdos del pasado o aspiraciones al futuro.

Así, la cognición se utiliza como un nivel para referir el rango total de pensamiento y en particular las aseveraciones de sí mismas que se hace la gente con respecto a su conducta, sentimientos, funcionamiento físico, etcétera.

Pues bien, a lo largo de nuestra vida, seguramente experimentaremos algún tipo de crisis, de hecho nadie está exento de experimentarlas, desde las crisis de orden evolutivo o del desarrollo, hasta las crisis circunstanciales de la vida, las cuales, uno desearía que no pasasen nunca.

Sin embargo, estamos expuestos a ellas y deberíamos saber cómo actuar, qué decisiones tomar y cómo hacer para tomar estas decisiones, pues regularmente cuando sé es “víctima” de las crisis, sé es presa fácil del miedo, la desesperanza y la incertidumbre, pareciera ser que el “mundo se viene encima”.

Este tipo de acontecimientos, implican una serie de efectos, que pueden afectar de manera positiva o negativa el rumbo de la vida y lo más recomendable es que los cambios se susciten de manera positiva, para esto se debe contar una primera ayuda psicológica, que pueda generar confianza en la víctima para desahogarse y de manera simultánea enfocarse en la preocupación que ésta tenga y en las soluciones que pueda generar para conseguir la estabilidad emocional de la misma. Cabe mencionar que esta primera ayuda psicológica, puede ser brindada por servidores públicos, enfermeras, médicos, policías, trabajadores sociales, incluso familiares, amigos o personas que se encuentren cerca de la víctima, no es necesario que solo un psicoterapeuta la brinde, si no que ésta queda abierta.

Una vez brindada la intervención de primer orden, si la persona o algún familiar lo requiere, se canalizará con un experto que le de seguimiento al caso, es decir, se le podrá brindar una intervención en segundo orden, que se remite a terapia psicológica en donde se evaluarán el funcionamiento que abarca los subsistemas de CASIC.

Por otra parte, una de las crisis de las cuales muchos hemos sido víctimas es de la delincuencia, de manera muy concreta de los asaltos en vía o transporte público, pero parece ser que este tipo de delito se ha “normalizado”, pues no resulta extraño escuchar las experiencias que a diario sorprenden a los ciudadanos de este país que parecen no ser afectados por este delito.

De esta manera, el capítulo tres engloba el tema de la delincuencia, la cual puede apreciarse como una característica principal del síndrome de trastornos de conducta que radica en la conducta agresiva y ésta con una conducta delictiva y puede ser asociada con dificultades personales y sociales y que la extensión de esta asociación se incrementa con la gravedad y frecuencia de la conducta delictiva, que en ocasiones parece estar transmitida en la familia (Wolf, 1987, en Garrido, 1990).

Además, se deben sumar a estas características, el contexto social, pues las conductas desadaptadas son adquiridas a través de los procesos de aprendizaje "normal" dentro del ambiente en el cual se desarrolla un individuo, tales como crisis económicas, políticas y sociales, que dan como resultado una crisis laboral y económica.

Al respecto, Ruiz (1995) señala que el comportamiento humano se debe a la influencia ejercida por el organismo que lo realiza, como por el medio ambiente en el cual se desenvuelve, así toda conducta está en función del organismo y del ambiente, por tanto el comportamiento delictivo no escaparía de ambos factores.

Ahora bien, la noción misma de delincuencia o de delito no tendría mucho sentido sin un contexto de aprendizaje, de experiencia social y genéricamente de interacción entre los hombres, pero el modo real en que se ejecuta el delito y el hecho de que el culpable sea o no encontrado y castigado están sujetos a los acontecimientos cambiantes de la vida cotidiana, dando así sentido a la idea de delincuencia y de predisposición al delito en relación con la sociedad. Por otra parte, la definición de violencia, viene muy de la mano con la delincuencia, pero no es exclusiva una de la otra.

La violencia que sufre actualmente la población mexicana se vuelve un problema de seguridad pública, pues ésta conlleva a efectos de orden material y emocional, cuyo origen se encuentra en factores históricos, demográficos, psicológicos, biológicos, sociales y económicos.

Esto lleva a pensar y a considerar un estudio y análisis de esta manifestación social, el cual debe profundizar y ser una consideración necesaria que permita disminuir el incremento de víctimas de todas las edades y grupos sociales, lo cual permita revertir la desconfianza básica hacia las instituciones, los programas y los responsables de la seguridad pública, así como abatir la creciente presencia del crimen en las diferentes esferas de poder y de la delincuencia.

Está comprobado que los ciudadanos viven constantemente en el temor de ser víctimas de un delito. El miedo al delito, definido como el sentimiento de inseguridad general que tiene la población, es un factor que opera negativamente en contra de la información oficial en cuanto a índices delictivos se refiere. Si partimos de que la seguridad es una condición humana indispensable que permite la sobrevivencia de los ciudadanos y que las sociedades han buscado generar mecanismos institucionales para salvaguardarla, así pues las autoridades pueden dar a conocer una disminución en los índices de criminalidad y encontrar una barrera de incredulidad por parte de los ciudadanos y así se ha señalado que si el miedo al delito no es atendido, puede abrir la vía a una regresión hacia la justicia privada, pues se sabe que no todas las víctimas de un delito lo hacen del conocimiento de la autoridad, pues una gran mayoría de ciudadanos optan por no denunciar los delitos de los que han sido víctimas, por temor a represalias, desconfianza en las autoridades, por la pérdida de tiempo que implica la denuncia, por la inflexibilidad con que se atiende, por evitar sujetos de chantaje o corrupción y considerar que el daño fue irrelevante o bien porque recibieron un mal trato por parte de las autoridades.

Entonces, la ausencia de denuncias ciudadanas genera lo que se conoce como “cifra negra” u “oculta de la criminalidad” y este desconocimiento de la criminalidad real afecta la planeación de las estrategias para combatir la delincuencia. La “no denuncia” ocurre principalmente por la baja eficacia que percibe la población en el sistema de justicia y la mala evaluación que tienen los cuerpos policíacos.

Por otra parte Arellano (2005) menciona que el asalto en vía y transporte públicos, que presumiblemente son robos con bajos montos, es el delito padecido por el mayor número de ciudadanos y a su vez es el delito que menos se denuncia.

Ahora bien, la delincuencia es un fenómeno en constante manifestación y en un país en “vías de desarrollo”, se encuentran crisis sociales, políticas y sobre todo económicas, las cuales orillan a más personas a delinquir, desarrollándose así delitos en la vía y transporte públicos, denominados de bajo monto.

Esto ha generado en los sistemas de justicia una alarma, y se han puesto en marcha programas que van dirigidos a disminuir dicho fenómeno, enfocándose así en el delincuente.

Sin embargo, existen pocos programas que se orienten a las víctimas de dicho delito y posiblemente esto ha causado una baja en las demandas de dichos delitos, pues en los lugares que han sido asignados para realizar dichas demandas, no existe una flexibilidad y empatía por parte de los servidores públicos, originando la llamada “cifra negra”.

Pues bien, se ha visto que las víctimas de algún delito, haya o no agresión física, si no se le da una ayuda inmediata se podrían generar dificultades psicopatológicas, causadas por la crisis. Se esperaría que esta primera ayuda psicológica pueda ser brindada por los servidores públicos y agentes policiales, por la cercanía con este tipo de delitos y con los transeúntes, en donde puedan brindar apoyo inmediatamente de manera ética y flexible.

Como se ha visto, México transita por una ola de violencia que resulta alarmante por los delitos que a diario acontecen y que parecen ser “comunes”, pero no por ello menos importantes: asaltos en la vía y el transporte público.

Estos delitos han dejado de percibirse por su cotidianeidad, y por tanto da la impresión que tiene poco impacto en las víctimas.

Sin embargo, este tipo de delito, a pesar de caracterizarse por ser robo de bajo monto, es el más padecido por gran parte de los ciudadanos (Arellano, 2004) y lamentablemente, es uno de los menos denunciados.

Ahora bien, el no denunciar este tipo de asalto, indica un déficit en atención a las víctimas de este tipo de delito, es decir, hace falta orientar a los servidores públicos que tienen (o se pretende que tengan) un contacto inmediato con las víctimas a brindar una primer ayuda psicológica, la cual debe ser inmediata, corta y flexible, en donde la víctima pueda desahogar y enfocarse en las preocupaciones inmediatas, esto de igual manera se esperaría de los profesionales de la salud, quienes en caso de agresiones físicas son quienes tienen contacto con la víctima.

Así pues, el objetivo de este trabajo es diseñar un taller para servidores públicos que les permita brindar una primera ayuda psicológica a víctimas de asalto, puesto que se conoce mejor a la policía por su responsabilidad de lucha contra el crimen, sin embargo Slaikeu (1988) menciona que el 80 a 90% del tiempo, los oficiales emplean el tiempo regular en mantener el orden de las actividades y la mayoría implican intervención en crisis.

Por esta razón, es importante dotar a los servidores públicos con herramientas eficaces para enfrentarse ante una situación crítica y puedan así ayudar a la persona afectada brindando la Primera Ayuda Psicológica (PAP).

Pues bien, la propuesta del taller de capacitación que aborda el capítulo cuatro está dirigido al personal policiaco que patrulle y se encargue de la seguridad pública en las calles o voluntarios, dotándoles de las herramientas básicas de la primer ayuda psicológica, basándose en la experiencia personal de cada uno de ellos, la cual nutrirá sustancialmente el taller, pues ellos al ya tener contacto con las víctimas, se les orientará a ser flexibles y empáticos con la víctima.

Así, el taller constará de 6 sesiones, con duración aproximada de 60 minutos, con diversas actividades, tales como son las exposiciones, psicodrama, role-

playing, imagería, lluvia de ideas, mapas mentales, discusión y análisis sobre los temas, con el objetivo de orientar a los participantes que tengan o pudiesen tener contacto con las víctimas de asalto, a brindar una primera ayuda psicológica inmediata, flexible y enfocada en las preocupaciones de la persona. Llevándose acabo con servidores públicos (Seguridad pública y tránsito), voluntarios y/o cualquier persona que se interese en el tema.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA CLÍNICA

1.1. Antecedentes históricos.

La relevancia histórica de los acontecimientos que rigen a la sociedad, la vida y el quehacer profesional, es lo que va formando la identidad, pues esta permite remitir y nutrir la experiencia que se adquiere a lo largo de los años, en este caso los antecedentes históricos de la psicología clínica, que de acuerdo a la literatura, han sufrido diferentes modificaciones han llevado a perfeccionar las funciones del psicólogo clínico.

Para dar inicio a esta cronología histórica, se mencionan a los filósofos griegos como Tales, Hipócrates o Aristóteles, quienes especulaban acerca de los seres humanos y la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología (Phares,1996), pues estos filósofos son antecedentes en casi cualquier profesión, movimiento o sistema de pensamiento en la sociedad occidental, puede que citarlos de ésta manera no sea de mucha importancia, excepto para afirmar los cimientos de esta ciencia.

Ahora bien, la psicología clínica tuvo diferentes aportaciones, por un sin fin de personajes que en el siglo XIX buscaron el mejoramiento en el cuidado de enfermos mentales. Uno de estos personajes, fue Philippe Pinel, médico francés, que horrorizado por la brutalidad con la que se trataba a los enfermos en los hospitales mentales, logró que se le nombrará director del manicomio Bicêtre y por su bondad y humanidad obtuvo grandes logros, pues con su trabajo constituyó un pilar en el desarrollo de la psiquiatría, del enfoque de salud mental y en ultima instancia de la psicología clínica.

Años después, una estadounidense, que tuvo un profundo efecto en el movimiento de la salud mental fue Dorothea Dix, quien presionó, estimuló, y aduló hasta que obtuvo respuestas de los representantes de gobierno, así utilizando la fuerza de la lógica, de los hechos y del sentimiento público, impuso su voluntad y ya en 1848, Nueva Jersey respondió construyendo un hospital

para enfermos mentales, brindando tratamiento más humanitario y mejores instalaciones (Phares, 1996).

De esta manera, gracias a los esfuerzos de estos personajes, se establecieron las bases para un campo en psicología clínica, se proclamaban la dignidad e igualdad de todos los seres humanos y el gobierno comenzó a responder, así comenzó a prevalecer una atmosfera de conocimiento a través de la experimentación, en donde el sentimiento de las personas que podían predecir, comprender y quizá controlar la condición humana, comenzó a reemplazar la vieja sabiduría, dando como resultado la creación de nuevas profesiones, que más tarde llegarían a conocerse como salud mental, quedando plasmados estos pequeños bocetos como las raíces de la psicología clínica.

Ahora bien, la tradición académica y de investigación en psicología le debe mucho al trabajo de dos hombres, el primero de ellos Wilhelm Wundt, un alemán, quien fundó el primer laboratorio psicológico formal en Leipzig en 1879. Un año más tarde William James publicó su texto clásico "Principios de Psicología", ambos fueron psicólogos experimentales y su influencia puede comprenderse con facilidad en el modelo de científico-practicante que ha servido al campo de la psicología clínica durante tantos años (Phares, 1996).

Por otra parte, la esencia de la psicología clínica se ha centrado en las diferencias entre personas, y esto puede observarse en los trabajos del inglés Francis Galton, al cual el análisis estadístico le fascino y por tal motivo dedico gran esfuerzo a la aplicación de métodos cuantitativos a la comprensión de las diferencias entre personas, además este interés en la agudeza sensorial, las habilidades motoras y tiempo de reacción lo llevó al establecimiento de un laboratorio antropométrico en 1882.

Posteriormente, James McKeen Cattell, inclinó su atención hacia diferencias en tiempo de reacción entre personas. Y al igual que Galton, consideró que esta era una manera de acercarse al estudio de la inteligencia, así mismo acuñó el término pruebas mentales para describir sus mediciones, de tal manera que, por medio del uso de una batería de 10 pruebas, esperaba

descubrir la constancia de los procesos mentales, incluso prediciendo que estas pruebas podrían utilizarse en la selección y entrenamiento de personas al igual que en la detección de enfermedad (Kazdin, 2001).

De esta manera, se pudieron notar avances en las pruebas psicológicas diagnósticas, en donde uno de los principales íconos fueron los trabajos de Alfred Binet, él estaba convencido de que la clave para el estudio de las diferencias individuales residía en el concepto de normas. Esta convicción fue afortunada, pues en 1904 una comisión se acercó a Binet y a su colaborador Théodore Simon para pedirles que desarrollaran un medio para asegurar que los niños con defectos recibieran una educación adecuada, de esta manera se desarrolló la escala Binet-Simon en 1908.

Por otra parte, cuando Estados Unidos entró a la Primera Guerra Mundial en 1917, surgió la necesidad de la detección y clasificación de los grupos de reclutas militares a los que se obligaba a entrar como personal activo, así el departamento de medicina del ejército nombró un comité de cinco miembros de la *American Psychological Association (APA)*, dicho comité estaba encargado de la tarea de crear un sistema de clasificación de soldados de acuerdo con sus niveles de capacidad y, finalmente se diseñó la prueba Army Alfa, de escala verbal, a la cual le siguió una versión no verbal, la prueba Alfa Beta, de esta manera, el movimiento de pruebas grupales había iniciado su camino (Phares, 1996).

Se puede notar que entre las dos guerras mundiales hubo un progreso sustancial en pruebas psicológicas diagnósticas, sin embargo fue hasta 1939 que ocurrió uno de los principales avances en el movimiento de pruebas de inteligencia, cuando David Wechsler publicó la prueba Wechsler-Bellevue, pero el gran resultado fueron las pruebas proyectivas, pues se había logrado un proceso inicial a través de la investigación con asociación de palabras de Galton, sin embargo dentro de las pruebas proyectivas de más auge fue la de Hermann Rorschach, un psiquiatra suizo que describe el uso de manchas de tinta para diagnosticar a pacientes psiquiátricos y sugería que cuando las personas responden a un estímulo ambiguo de prueba, ponen de manifiesto algo de sus respuestas a las experiencias de la vida real.

Por otra parte, en 1895 se reconoce en Europa como iniciador de la psicología clínica a Sigmund Freud y su teoría del psicoanálisis que ya enfrentaba oposición por sus prácticas de intervención psicoterapéutica y planteamientos teóricos clínicos estructurados en tres niveles: investigación, intervención psicoterapéutica y formulación de teorías psicológicas y psicopatológicas, pues en gran medida el psicoanálisis se dedicaba al tratamientos de adultos y lo practicaban exclusivamente analistas cuyo entrenamiento estaba basado en la medicina, así la profesión médica se apoderó de la terapia psicoanalítica y con ello se dificultó la entrada de psicólogos al juego de la terapia, pues ya para 1942, Carl Rogers publicó su libro “Terapia centrada en el cliente”, siendo la principal alternativa la terapia psicoanalítica, en cual se tuvo diversas repercusiones en el mundo de la psicoterapia y la investigación (Kazdin, 2001).

Sin embargo, la psicoterapia no lo era todo, los conductistas comenzaron a desarrollar lo que ellos consideraban como una forma más práctica de la terapia, pues en 1949 se publicó el libro “Terapia de reflejos”, escrito por Andrew Salter, fue un trabajo pionero, que más tarde evolucionaría como métodos de desensibilización.

En 1953, B. F. Skinner impulsó la causa de la terapia conductual cuando explicó la aplicación de los principios operantes en las intervenciones terapéuticas y sociales. Después, en 1958, Josep Wolpe introdujo la desensibilización sistemática con base en principios de condicionamiento.

Justamente la psicología clínica comenzó como una ciencia interesada en el estudio de la conducta, esencialmente anormal o desviada (Sánchez, 2008) abarcando una amplia variedad de fenómenos manifiestos y encubiertos, adaptativos, conscientes e inconscientes, y como campo profesional, la psicología clínica aparece formalmente en 1896 en Penn University cuando Lightnet Witmer utiliza el término “psicología clínica” para connotar sus esfuerzos realizados con personas con discapacidad intelectual.

Como se puede apreciar, históricamente algunas áreas de la psicología clínica, el diagnóstico clínico y los regímenes terapéuticos derivan de la psiquiatría, otras áreas como la psicometría de los ámbitos educativos y del

reclutamiento militar, la modificación conductual y el método experimental surgieron en el laboratorio y fueron incorporándose a un campo disciplinar específico, que desde la perspectiva psicológica pretenden ofrecer servicios profesionales a las personas que acuden a consulta por padecer sufrimiento y angustia.

1.2. Definición de psicología clínica.

Existen diversas definiciones sobre lo qué es la psicología clínica, una de ellas es la de Lightner Witmer, el fundador de la primera psicología clínica en Estados Unidos y hace referencia a la psicología clínica como una disciplina preocupada por el estudio de los individuos, mediante la observación o la experimentación, con el propósito de facilitar cambios en ellos (Compas, 2003).

Así mismo, Compas (2003), define la psicología clínica como la rama de la psicología que se dedica a la generación de conocimiento psicológico, desde su aplicación desde la ciencia psicológica en la comprensión, el mejoramiento del funcionamiento, el bienestar físico y mental de un individuo o un grupo de individuos.

Para Sánchez (2008) la psicología clínica es un campo que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes. Este campo es heterogéneo, pues está constituido por teorías y procedimientos diversos. Así, la orientación clínica se dirige a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual, en donde se manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios, que de alguna manera afectan a las personas en su desarrollo y bienestar, además se dice que el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental, convirtiéndose en el profesional de ayuda, quien coopera y facilita la intervención de personas con sufrimiento y angustia por procesos de pérdida, en casos de decisión dilemática o ante problemas de la vida, enfatizando la necesidad de visualizar al individuo dentro de su historia, contexto, tareas del desarrollo, fortalezas y vulnerabilidades, entre los muchos factores a considerar simultánea e íntegramente.

Entonces, la psicología clínica se puede definir como un área tecnológica, la cual comprende investigación, enseñanza y servicios relacionados con la aplicación de principios, métodos y procedimientos, de esta manera busca comprender y aliviar la desadaptación emocional, social y cultural.

Además, se considera como el campo en el cual se integra la teoría, ciencia y práctica para predecir y aliviar los desajustes y es así, que la psicología clínica se orienta al funcionamiento humano, en los aspectos biológicos, intelectuales, psicológicos, emocionales y culturales durante el transcurso de la vida, ya que los problemas de la salud mental tienen efectos profundos sobre el comportamiento y las habilidades afectivas de las personas en su vida diaria y es en este momento cuando los objetivos de la psicología clínica se ponen en marcha al comprender, tratar y prevenir los problemas de la salud mental, y sus efectos asociados, asimismo la psicología clínica juega un papel central en la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de estos problemas y esto se realiza por medio de la aplicación de pruebas psicológicas, de las entrevistas y de la observación del comportamiento, ayudando de esta manera a identificar, diagnosticar y prevenir los problemas de salud mental.

1.3. Funciones profesionales del psicólogo clínico.

La psicología clínica es una disciplina en la cual confluyen la tradición psicométrica y la psicoanalítica, pues por una parte el énfasis se pone en la medición de las diferencias individuales y por otra parte, en la comprensión de los mecanismos inconscientes que subyacen en la conducta (Sánchez, 2008).

Así, la actuación en el terreno de la patología y la responsabilidad de ayudar a individuos sanos en periodos de dificultad es lo que caracteriza el campo del psicólogo clínico como profesional multidisciplinario, con una fuerte necesidad de colaborar y comunicarse con otros profesionales de ayuda, como son: tutores, psicoanalistas, psiquiatras y neurólogos, sólo por mencionar algunas

áreas y, por esta razón Phares (1996) afirma que la psicología clínica es una profesión en continuo desarrollo y creación.

Por este motivo las funciones que desempeña un psicólogo clínico han sufrido modificaciones, que han servido para definir su labor y respecto a ésta, Garfield (1979) hace mención de tres funciones principales de un psicólogo clínico en los años treinta y estas son: la aplicación de pruebas psicodiagnósticas, investigación y psicoterapia.

En la primera función mencionada, el nuevo papel diagnóstico prefería la aplicación de batería de pruebas, el uso de la teoría de la personalidad como marco de referencia para interpretar los datos de la prueba y del comportamiento, además de las aptitudes interpretativas y de organización del psicólogo para sintetizar sus observaciones y así formular los resultados que facilitará el diagnóstico.

Una segunda función es la de investigación, la cual instruye al psicólogo clínico en el entrenamiento en los métodos de investigación y en la redacción de un discurso que supone la investigación, así el psicólogo queda equipado para ampliar y/o modificar teorías y nutrir su práctica.

Como tercera función, se menciona la psicoterapia como una forma de tratamiento médico, dejando a un lado el papel de "asistente" al psicólogo clínico, pues solamente algunos psicólogos podían trabajar en ciertos casos y este trabajo debía estar supervisado por el personal médico o de preferencia por psiquiatras y fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial que la psicoterapia exigió la participación eficaz de los psicólogos, tratando desordenes más ligeros de conducta.

En la actualidad las funciones profesionales de un psicólogo clínico constan de diversas actividades, las cuales incluyen: evaluación, prevención, intervención, desarrollo e investigación, encontrando así que los psicólogos clínicos han buscado mediante la investigación, comprender mejor la naturaleza y las causas de los problemas mentales y físicos, con el fin de perfeccionar los

métodos de evaluación y diagnóstico, así como para desarrollar y evaluar la efectividad de nuevas técnicas de tratamiento y prevención, comprometiéndose por contribuir a los cambios significativos de las vidas de otros.

1.3.1. Evaluación.

Una de las principales funciones del psicólogo clínico es la evaluación y para ésta se han desarrollado diferentes definiciones; algunos autores refieren que es un proceso de solución de problemas, en donde existen preguntas y respuestas. Para otros, la evaluación es el conjunto de procesos utilizados por una persona para desarrollar impresiones e imágenes, tomar decisiones y verificar hipótesis acerca del patrón de características de otra persona que determina su conducta e interacción con el ambiente (Phares, 1996).

Rodríguez y Salinas (2008) señalan que una buena evaluación requiere de una propuesta clara de objetivos, de la explicitación de las situaciones en que deben manifestarse las conductas esperadas, de la elección de instrumentos apropiados de evaluación y la adecuada interpretación de los resultados de las pruebas, además enfatizan en que la evaluación va aún más allá y consideran que sirve para tomar decisiones, mejorar un programa mientras se está aplicando, e incluso, incidir en la regulación administrativa.

Al respecto, Barroto y Salas (1999 en Rodríguez y Salinas, 2008) especifican otras funciones de la evaluación:

- Examinar planes, acciones y logros.
- Comprobar e interpretar los logros de un programa o tarea.
- Perfeccionar un programa o curso de acción.
- Guiar el aprendizaje.
- Obtener información válida para tomar mejores decisiones.

Además, la evaluación no es un conjunto completamente estandarizado de algún procedimiento, ya que no se pueden aplicar las mismas pruebas o se hacen las mismas preguntas a todos los pacientes. Así, el propósito de la

evaluación no consiste en descubrir la verdadera esencia psíquica del paciente, sino describir a éste en términos prácticos, lo cual conducirá a la solución de un problema, en donde se pueden seguir una variedad de procedimientos de evaluación que dependen de la naturaleza exacta del problema del cliente.

Para dar inicio a la evaluación se realiza una entrevista de admisión que consiste en la recopilación del historial clínico, también se puede reunir otro tipo de información mediante la aplicación de pruebas psicológicas. Después de que se recopila y analiza toda la información, se intenta una integración preliminar, lo que es deseable en este caso no es sólo la aplicación de una etiqueta diagnóstica sino una construcción acerca de los problemas del paciente a la luz de todos los datos psicológicos, ambientales y médicos disponibles, así se establece una conceptualización inicial acerca del cliente, que proporcionará pautas para las intervenciones terapéuticas que han de emprenderse.

Por lo tanto, la evaluación es una de las habilidades que caracteriza al psicólogo clínico, pues implica destreza y preparación para poder llevar a cabo evaluaciones psicológicas detalladas (Compas, 2003) así, la evaluación incluye administración e interpretación de las pruebas psicológicas estandarizadas, el uso de entrevistas clínicas estructuradas, la observación de comportamientos del paciente y un análisis de los espacios y/o del ambiente donde funciona cotidianamente el individuo.

Una característica de la evaluación, es que no es algo que se hace una sola vez y se da por terminado, en muchos casos es un proceso continuo, ya sea que el clínico tome decisiones o resuelva problemas, la evaluación clínica es el medio.

Así, una vez evaluada la causa por la cual el cliente llega a consulta, es necesario poner en marcha estrategias y un posible tratamiento, que lleve a la prevención de dicha causa y precisamente así se desglosa la función de prevención, que en general, afirma que las actividades preventivas serán más

eficientes y efectivas que el tratamiento individual, aplicado tras el “brote” del problema (Kazdin, 2001).

1.3.2. Prevención.

Una vez evaluada la causa por la cual el cliente llega a consulta, es necesario planear la forma adecuada de tratar el problema, es decir, desarrollar estrategias y tratamientos que lleven a la prevención y para esto existen tres “niveles” de prevención.

En primer lugar se menciona la prevención primaria, ésta representa el alejamiento más radical con respecto de las maneras tradicionales para enfrentar los problemas de salud mental, en donde la esencia del concepto es: *“contrarrestar las circunstancias dañinas, antes de que hayan tenido la oportunidad de producir una enfermedad”* (Caplan, 1964 en Phares, 1996, pág. 155), esto quiere decir, que es necesario identificar los eventos que causan malestar en las personas, para que de ésta manera sea posible evitar o detener los efectos patológicos de dichos malestares. Sin embargo, los problemas humanos requieren con frecuencia de estrategias preventivas que dependen del cambio social y la redistribución del poder.

Por otra parte, existe la prevención secundaria, ésta implica programas que promuevan el pronto diagnóstico de los trastornos mentales y proporcionen un tratamiento libre de los problemas en una etapa inicial, es decir, atacar los problemas cuando éstos aún se pueden controlar, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención, por ejemplo, la pronta detección y tratamientos de aquellos individuos con problemas potencialmente dañinos (Phares, 1996).

Y finalmente, se encuentra la prevención terciaria, ésta es la que menos se asocia con el movimiento comunitario y la meta básica consiste en reducir la duración y los efectos negativos de los trastornos mentales después de su aparición, siendo así, que la rehabilitación es uno de los principales focos de atención, los métodos empleados pueden ser la orientación psicológica y el

entrenamiento, esto con el propósito de que el programa pueda proporcionar mayor movilidad pues la meta es la prevención de problemas adicionales.

Resulta curioso detectar que, aunque la prevención es una gran prioridad para todos los profesionales del área de la salud, se dedica menos tiempo y esfuerzo a ésta en comparación con el tratamiento, pero a la larga la prevención es menos costosa que el tratamiento de los trastornos un vez que estos aparecen (Compas, 2003).

1.3.3. Intervención.

La intervención psicológica es un método para inducir en la conducta, pensamientos o sentimientos de una persona, puesto que en algunos casos, la terapia se emprende para resolver un problema específico o para mejorar la capacidad del individuo para manejar conductas, sentimientos o pensamientos existentes que son debilitantes, sin embargo en otros casos, el centro de atención puede estar más en la prevención de problemas que en remediar un estado existente. Incluso en otros casos el interés está en solucionar o prevenir problemas, que en mejorar la capacidad de la persona para disfrutar de la vida o para lograr ciertos objetivos planteados.

Es por esto, que una buena parte del trabajo que se realiza por los psicólogos clínicos está basado en la convicción de que las personas pueden cambiar su conducta, sus pensamientos y sus emociones (Compas, 2003) de tal manera que se le ayuda a las personas a producir un cambio mediante la modificación de contingencias en su ambiente, auxiliándolas a cambiar la forma de pensar, a regular emociones de diferentes maneras y también modificando la manera de relacionarse con los demás.

Se han ofrecido muchas definiciones para el proceso de intervención, siendo estas muy generales, pues los profesionales de enfoques específicos como el psicoanálisis, terapia racional emotiva, orientación psicológica centrada en el cliente, modificación de conducta, terapia gestalt y similares, notarán

correctamente que estas definiciones difícilmente transmiten la esencia de su “marca” única de terapia (Kazdin, 2001).

Otro punto importante de la intervención es acerca de la ética con la cual se guía esta función, Compas (2003) menciona que “...se guía por un conjunto de principios que protegen el bienestar y los intereses de los individuos a los que sirven... de tal manera que coloque los intereses del cliente y de la sociedad como las mayores prioridades...” (Pág. 283). Además, los participantes en cualquier intervención psicológica tienen el derecho de estar informados antes de participar, es decir, se tiene el derecho al consentimiento informado, así los psicólogos están obligados a informar por completo a sus pacientes acerca de las características y parámetros de una intervención, como bien se cita en el Artículo 132 del Código Ético del Psicólogo

(2004): “El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos a quienes le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales” a menos que este en peligro la integridad del paciente o de otras personas, como se menciona en el Artículo 134: “El psicólogo discute la información confidencial obtenida en relaciones clínicas o de consultoría...ya sean individuos u organizaciones...únicamente para los propósitos apropiados... y sólo con las personas clara y adecuadamente relacionadas con dichos asuntos. El psicólogo muestra información confidencial sin consentimiento del individuo, sólo cuando le obligue la ley o cuando ésta lo permita para propósitos validos como:...para proteger al paciente, cliente u otros, de algún daño...”

Otra de las características de los programas de intervención, es que pueden aplicarse a nivel individual, como a nivel grupal, delimitando un objetivo a alcanzar, ponerlo en práctica mediante estrategias psico-educativas que permitan resolver el problema, el número de sesiones que se puedan estimar para lograr dicho objetivo, saber a que personas se le está aplicando o se les va a aplicar dicho programa, saber el por qué se les aplica y observando en el transcurso del mismo si se cubren las

necesidades que la población demanda, además deben tener la flexibilidad de adaptarse y modificarse si no se están cubriendo las necesidades de la población (Kazdin, 2001).

En resumen, la función principal de la intervención es mejorar la situación que desencadena malestar, esta intervención debe ser adecuada a cada cliente, aportándole una serie de habilidades para conseguir la meta de la terapia; y esto dependerá de la especificidad de la terapia y la corriente de la misma, siendo adaptada de manera individual y personal a cada paciente y terapeuta apegándose a las necesidades que en ese momento demande y que no ponga en peligro su vida y/o la integridad de terceros, sin olvidar que el tratamiento puede ser conducido en forma individual con niños, adolescentes o adultos o bien con parejas, familias o grupos de personas con problemas similares.

1.3.3.1. Propósito de la intervención.

Es necesario recalcar que las intervenciones psicológicas difieren en los aspectos de funcionamiento humano que pretenden cambiar, algunas intervenciones intentan cambiar lo que las personas hacen, cambian conductas problemáticas particulares, otras tratan las formas en que la gente piensa, por ejemplo a detener pensamientos persistentes acerca de experiencias traumáticas o para ayudar a desarrollar creencias positivas y optimistas acerca del futuro, incluso pueden diseñarse intervenciones para transformar el ambiente más que a la persona y finalmente otras se utilizan para cambiar las emociones disminuyendo el malestar y aumentando el bienestar emocional, pues como bien menciona Vázquez (2003) existen ideas que aparecen de modo imprevisto en la conciencia de la persona interfiriendo su acción o sus emociones y además cargado de un contenido negativo, suelen ser automáticos y algunas veces difíciles de controlar, y es referido a verbalizaciones conscientes, las cuales constituyen la base sobre la que asienta el edificio de la experiencia humana, y se conceptualiza como cognición pues *“Siendo un pensamiento específico, tal como una interpretación, una auto-*

instrucción, una autocrítica, o incluso un deseo que tenga un contenido verbal” (Beck, 1963 en Vázquez, 2003, pág. 10)

Así, el modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente y por supuesto, existen acontecimientos que son perturbadores por naturaleza, tales como ser atacado, padecer un rechazo o un fracaso, así, las personas con trastornos psicológicos, no obstante a menudo perciben mal las situaciones neutras o hasta positivas y deforman sus pensamientos automáticos y estos últimos *“constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto”* (Beck, 1964 en Beck, 2000, pág. 103).

La mayoría de las veces, los pensamientos automáticos disfuncionales son negativos, suelen ser breves y el paciente está más consiente de la emoción que experimenta como consecuencia de pensamiento que de éste en sí mismo (Beck, 2000).

Así, el terapeuta tiene la tarea de identificar los pensamientos disfuncionales, es decir, aquellos que distorsionan la realidad y que, en mayor o menor medida son emocionalmente perturbadores, interfiriendo en la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos.

En síntesis, las metas de la intervención pueden ser diferentes para todas las partes involucradas, ya que por lo general a las personas les interesa generar un cambio que a ellos los haga sentir mejor y que el nivel de angustia sea menor, generando un cambio a nivel cognitivo y conductual. Además, la sociedad se interesa en intervenciones que modifiquen la conducta perturbadora o dañina.

1.3.3.2. Producción del cambio: El proceso de la intervención.

Existe una relación entre la evaluación y el tratamiento, pues sin la primera resultaría casi imposible emprender una intervención, pues es necesario saber que problema se desea tratar. Para llegar a tomar esta decisión resulta necesario partir de la formulación de una hipótesis, pues permite tener presente el problema del paciente, ya que aunque podría caer en la línea de la obviedad, no puede aplicarse un tratamiento o diseñarse una intervención sin una evaluación previa.

Muñoz (1998) menciona que el primer aspecto a delimitar entre la evaluación y el tratamiento, serán los objetivos de intervención, es decir, hasta dónde se quiere llegar en ésta y qué se quiere conseguir con el cambio conductual que se va a producir, además esta decisión está guiada por las hipótesis que se hayan expuesto, de tal manera que el tratamiento debe centrarse en la modificación de aquellas variables que hayan mostrado su capacidad predictiva, así la toma de decisiones puede ayudarse de alguna herramienta que hayan demostrado su utilidad, como por ejemplo los modelos teóricos, pues el buen conocimiento de los modelos ayuda a deducir qué variables tratan de modificarse, también la experiencia clínica anterior resulta de gran ayuda, ya que el estudio de estos pueden tener similitudes que puedan facilitar tomar la decisión de dónde es preciso intervenir.

Así, los problemas que requieren ser resueltos mediante el cambio no son problemas relacionados con las propiedades de los objetos o de las situaciones, si no únicamente relacionados con el significado, sentido y valor que se han atribuido a estas situaciones u objetos (Nardone y Watzlawick, 2001) pues como bien menciona Epícteto “No son las cosas en sí lo que nos preocupan, sino las opiniones que tenemos de las cosas.”

Pues bien, las intervenciones inician un conjunto complejo de procesos en los cuales los pensamientos, las emociones y el ambiente influyen entre si, en

donde los cambios en la cognición producen alteraciones biológicas, emocionales y conductuales, creándose intervenciones para ayudar a las personas a modificar formas inadaptadas de pensamiento para cambiar sus emociones, conducta y fisiología, como lo es la Terapia Cognitiva de Beck, en la que se involucra principalmente, pasos sistemáticos para identificar y transformar formas disfuncionales de pensamiento, como puede ser: culparse a uno mismo de los problemas, esperar a que suceda lo peor, centra la atención sólo en los aspectos negativos de una situación, etcétera (Caballo, 1991)

Así, los cambios en la conducta conducen a alteraciones en la biología, las cogniciones y las emociones, y es aquí donde los psicólogos auxilian a las personas a modificar sus acciones para ayudarlos a cambiar sus emociones, cogniciones y procesos biológicos subyacentes.

Ahora bien, la elección del cambio de comportamientos no debe dejarse a la buena voluntad o a la inspiración del momento, sino que debe ser el fruto de una programación cuidadosa, sistemática y realista, donde programar supone la realización de una serie de tareas en orden a obtener determinados resultados.

Por lo general, programar una actividad implica plantearse el sentido y los propósitos de la misma, además de disponer de los medios, recursos y situaciones para su realización, llevar a cabo la planificación, controlar los resultados obtenidos y tomar las decisiones pertinentes para relaciones subsecuentes mas adecuadas de la actividad. (Muñoz, 1986 en Madrid, 2005, pág. 696)

Es importante mencionar que el psicólogo debe armonizar su nivel de intervención a las peculiaridades de cada paciente. Es necesario tener en cuenta que no se dan dos personas iguales; cada persona y cada situación tiene tantas peculiaridades que no se puede pretender aplicar las orientaciones de los manuales de terapia como seguir el manual de instrucciones para el manejo de cualquier electrodoméstico (Madrid, 2005).

Además, la intervención excesiva también puede generar conductas negativas por parte del paciente, pues ésta puede dificultar el desarrollo de la autonomía y responsabilidad personal en el afrontamiento de sus problemas.

Finalmente, una vez que se ha decidido dónde intervenir, se debe pasar a la elección de las técnicas de intervención que sean más adecuadas, Muñoz (1998) enlista una serie de criterios que pueden guiar la elección de estrategias de modificación de conducta, como muestra la Tabla 1:

Tabla 1

Criterio de elección de estrategias de modificación de conducta.
1. La técnica debe disponer de un cuerpo de investigación que avale su utilidad en el control de este tipo de variables, no de trastornos, puesto que en un mismo trastorno puede responder a esquemas funcionales distintos.
2. Posibilidad real de puesta en marcha de la técnica con garantías de eficacia.
3. Nivel de experiencia personal previa con la técnica en cuestión. Debe disponerse de un correcto entrenamiento antes de pasar a la aplicación de las distintas técnicas de modificación de conducta.
4. Económicos: Debe compararse la idoneidad de distintas estrategias igualmente efectivas en el control de la variable meta, en base a criterios económicos. A igualdad de todas las demás variables, siempre debe escogerse la más barata. Yendo un paso más allá, un análisis de costos-beneficios podría añadir alguna lista las decisiones del clínico conductual.
5. Opinión del sujeto: En muchos casos es muy beneficioso el contemplar la opinión del sujeto respecto a qué técnica le conviene más o le resultaría más fácil llevar a cabo. Evidentemente, este proceso se realiza bajo la guía del modificador; un momento apropiado para esta discusión puede ser la entrevista de devolución de información.

Y una vez elegida(s) la(s) técnicas(s) que se va(n) a utilizar, debe(n) ordenarse por temporalidad y comenzar su aplicación, y es en este momento cuando surge la pregunta ¿Cuándo intervenir?, pues podría resultar complicado especificar un momento preciso para poder comenzar el tratamiento.

1.3.3.3. ¿Cuándo es preciso intervenir?

El momento preciso de intervención, puede variar dependiendo de la “emergencia” o de la necesidad de esta, por un lado puede formularse después de una evaluación psicológica meticulosa, acompañada de una investigación bibliográfica, pues como se ha visto y bien menciona Compas (2003) es importante tener evidencia de la existencia de un problema, antes de invertir tiempo, experiencia y dinero, tanto de los pacientes, como del psicólogo clínico para poder producir un cambio.

Otra opción de intervención precisa, es cuando el trastorno se presenta o ya se presenta, es posible intervenir de esta manera, pero como se ha mencionado, podría ser demasiado tarde para que la intervención sea útil y eficaz, pues tendría mayor eficacia la prevención (intervención preventiva) que la curación cuando se trata de trastornos conductuales y emocionales serios (Muñoz, Mrazek y Haggerty, 1996 en Compas, 2003).

Coincidiendo con esta emergencia, Muñoz (1998) refiere que, efectivamente debe comenzarse por aquel problema que indique mayor gravedad o en su defecto que provoque mayor malestar en el sujeto y menciona tres criterios que también pueden facilitar la toma de decisiones (Tabla 2).

Tabla 2: Criterios básicos para la toma de decisión ¿Cuándo intervenir?

Criterio.	Descripción.
De gravedad.	Se debe comenzar la intervención por aquel problema que cause mayor malestar al sujeto, o sea social o teóricamente más grave.
De Jerarquía de habilidades.	Siempre habrá que comenzar entrenado al sujeto en aquellas habilidades más básicas, para posteriormente ir construyendo sobre las primeras, es decir, la modificación de conducta debe ajustarse al principio de aproximaciones sucesivas y de jerarquía de habilidades.

De Adherencia.	Para aumentar la adherencia al tratamiento, parece adecuado incluir en los primeros momentos técnicas muy eficaces, que produzcan cambios fáciles de identificar por los sujetos, de modo que <<se enganchen>> al tratamiento, pues de lo contrario podría producirse el abandono del tratamiento antes de conseguir algún efecto.
----------------	--

(Continuación Tabla 2)

Pues bien, el mejor momento para la intervención, es cuando existe evidencia de que una persona está en alto riesgo de desarrollar un problema, cuando presenta los primeros indicios de un problema serio o por “prioridad de malestar”, aunque el problema en si no se haya manifestado en su totalidad, así la posición la representa la creencia de que las intervenciones psicológicas son más útiles para promover y desarrollar estilos saludables de conducta y pensamiento.

1.3.4. Desarrollo.

Otra de las funciones profesionales del psicólogo es el desarrollo de programas que ayuden a la población, a manera de prevención y sobre todo de intervención.

El desarrollo de programas, implica el conocimiento teórico y aplicado, así pues, basándose en investigaciones hechas, se pueden evaluar qué técnicas son efectivas para aplicar en determinado momento y si son o no aptas para el entrenamiento de habilidades y competencias a una población determinada. Además esta función promueve cambios a nivel grupal e individual con la impartición de talleres y/o cursos de capacitación.

Otro aspecto interesante, es que los psicólogos clínicos que trabajan en universidades y colegios, también están relacionados con la enseñanza, con estudiantes que se están especializando en psicología. Por lo general la psicología clínica permite impartir cursos de psicología, personalidad y psicología clínica infantil y la mayor parte de esta enseñanza se lleva a

cabo por medio de la instrucción en los salones de clase (Compas, 2003) o por medio de la instrucción individual en la investigación, así los estudiantes se entrenan en la evaluación psicológica y en la psicoterapia, en lugares de práctica clínica, con la supervisión directa de un psicólogo clínico, de tal manera que los estudiantes ven al paciente y semanalmente se encuentran con el supervisor con el fin de formular su comprensión del caso, para leer y discutir la investigación psicológica que resulta relevante, además de elegir adecuadamente el tipo de evaluación y tratamiento aplicable.

Rodríguez y Salinas (2008) realizaron un estudio con estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, en el cual se desarrolló una estrategia para la evaluación del impacto que tiene un curso de psicología clínica en el aprendizaje de estudiantes universitarios, el curso se impartió a 131 estudiantes se encontraron resultados que indican que el curso tuvo efectos positivos en el aprendizaje, además consideran que la formación de calidad, no puede entenderse sin un programa claro y detallado, ni éste, sin una evaluación que permita su valoración para la mejora, de esta manera, la evaluación de programas educativos debe constituir, al igual que la programación de sus acciones, una actividad básica de todo profesional, que le permita insertarse en el campo laboral, pues en la actualidad no basta con un título profesional, si no también las habilidades que se tengan para desenvolverse en el campo de elección.

Y finalmente, se debe evaluar la impartición de dicho programa, así la evaluación formativa, que es aquella que se realiza al finalizar cada tarea de aprendizaje, tiene por objetivo informar de los logros obtenidos, así como advertir dónde y en qué nivel existen dificultades de aprendizaje, permitiendo la búsqueda de nuevas estrategias educativas más exitosas. Este tipo de evaluación aporta una retroalimentación permanente al desarrollo del programa educativo, permitiendo corroborar si se cumplió el objetivo de dicho programa, y estos datos servirán para poder realizar investigación dentro del área y así ampliar, modificar e incluso corregir la

teoría ya establecida, además de nutrir la formación de los psicólogos y que ésta sea determinada por el desarrollo de la disciplina y las exigencias profesionales del mercado laboral.

De esta manera, los perfiles profesionales pueden desarrollarse utilizando estrategias de diseño curricular cuando se le realiza desde una perspectiva académica o utilizando estrategias administrativas cuando la perspectiva es profesional (Aguilar y Vargas, 2010).

1.3.5. Investigación.

Finalmente la función de investigación tiene varios propósitos, primero permite escapar de la especulación, es decir, no sólo se afirmará que una terapia funcionará, si no que se conduce el tipo de investigación que demostrará su efectividad o la falta de ésta y ciertamente estos procedimientos poseerán calidad y validez, transformándose en vehículos para aclarar las problemáticas, así los procedimientos de investigación permiten la acumulación de datos, el establecimiento de la existencia de relaciones, identificación de causas y efectos, además de la generación de principios detrás de estos datos y de relaciones.

La investigación también permite ampliar y modificar las teorías al igual que establecer su eficacia y utilidad, existiendo así, una relación esencial entre la teoría y la investigación, puesto que la primera estimula y guía la investigación que se realiza, pero en sí misma, sufre modificaciones a partir de los datos de la investigación (Kazdin, 2001).

Al mismo tiempo la razón principal de la investigación es el aumento en la capacidad para predecir y comprender la conducta, sentimientos y pensamientos de los clientes, de ésta forma la investigación permitirá intervenir de manera efectiva en beneficio del cliente.

Ahora bien, para realizar una investigación, existen muchos métodos y cada uno posee ventajas y limitaciones distintas, ningún método por sí solo responderá todas las preguntas, pero una variedad de métodos pueden ampliar significativamente la capacidad de comprensión y predicción.

Kazdín (2001) menciona que dentro de la investigación, existen dos grandes campos, primero, la investigación cualitativa, la cual busca el conocimiento de formas que son sistemáticas, reproducibles y acumulativas, además este tipo de investigación es una aproximación metodológica legítima, puesto que el análisis de este tipo de investigación se basan en la palabra, mientras que la investigación de orden cuantitativa se relaciona con los números, es decir, la medición de los constructos reducidos a datos numéricos y análisis de estos datos con técnicas estadísticas, la cual, hace referencia a las investigaciones científicas y empíricas.

Finalmente, la labor del psicólogo clínico es muy amplia, pues no solo se reduce a la terapia como una sola actividad, si no que se ve involucrado en diferentes funciones que lleven a coadyuvar a las personas en diferentes procesos como la tomas de decisiones, solución de problemas, etcétera, para lo cual es necesario indagar en dichos conflictos, por medio de preguntas y pruebas que permitan evaluar el problema y de esta manera detectarlo e intervenir de manera ética y acertada. Y así por medio de la intervención y el desarrollo de tratamientos y programas adecuados se ayudará a prevenir patologías que desencadenan y remiten una desadaptación emocional, social y cultural de las personas.

Complementario a estas funciones y una vez que se han arrojado datos, se da inicio a que permitan, por un lado, probar que los programas de intervención y desarrollo de estrategias psicológicas son eficaces para la readaptación emocional y social a las personas y por otro enriquecer las teorías que han servido de base para desarrollar estrategias de intervención inmediata, preventiva y evidente que ayuden a mejorar la calidad de vida de la población, con la adquisición de habilidades que de alguna manera permiten adaptarse a los cambios que en la sociedad diariamente se están exigiendo.

En pocas palabras, la psicología clínica, es el campo en el cual se integra la teoría, ciencia y práctica para comprender, predecir y aliviar los desajustes, el malestar, además de promover la adaptación, el equilibrio y los aspectos biológicos, intelectuales, emocionales y culturales durante el transcurso de la vida.

Y gracias a su recorrido histórico es que la psicología clínica ha alcanzado un estatus de profesionalización, pues dentro del área han evolucionado las diferentes teorías, procedimiento y estrategias para su fin, desarrollándose diferentes funciones profesionales que promueven el mejoramiento de la vida, proporcionando así una mejor calidad de la misma, previniendo patologías que provoquen desadaptación, teniendo en cuenta que la intervención psicológica responde perfectamente a los llamados de emergencia psicológica que se proporciona ante un suceso crítico, y que además ayuden al paciente a identificar puntos positivos que lo lleven a conseguir ventajas de lo sucedido y de esta manera buscar el crecimiento personal.

CAPÍTULO 2. INTERVENCIÓN EN CRISIS

2.1. Definición de crisis.

Podemos entender la crisis como una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico, la cual se espera que sea la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad (Caplan, 1964, en Rubín & Bloch, 2001).

Etimológicamente, el término crisis proviene del latín *crisis* y éste del griego *Krisis* que originalmente significa “decisión”, derivado de “separar”, “decidir”, “juzgar” (Corominas, 1973, en Musicante, 2005) así, pues, por la terminología grecolatina crisis, tiene que ver con un momento de decisión en un asunto de importancia; lo que engloba esta palabra también es discernimiento o punto decisivo para un cambio.

Históricamente, el concepto que manejan los chinos en su ideograma para la palabra crisis contiene dos aspectos. Uno significa dificultad y la otra oportunidad.

Este concepto manifiesta todas aquellas situaciones en las que un individuo se enfrenta a múltiples complicaciones, accidentes, robos, decesos, sin embargo debe tomarse en cuenta que cada una de las crisis vividas, pueden generar una actitud de cambio y crecimiento de acuerdo a si el individuo que la vive tiene las herramientas suficientes para conseguir ventajas de ella y de aquí, que popularmente se pueda decir que una persona está en crisis, supondría el decir que está “muy mal” en una situación vital difícil, y como bien menciona Musicante (2005) de consecuencias, a menudo catastróficas en un futuro inmediato.

Por otra parte, Slaikeu (1988) determina que una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, ya sea utilizando métodos para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo, esto último tiene que ver con los métodos que regularmente el individuo ha utilizado en situaciones familiares para resolver problemas y si estos métodos le han sido útiles y viables, si esto no fuera así, se comienza a generar angustia y limitación para actuar.

Es decir, la crisis es una experiencia subjetiva, en donde algunas personas pueden sobrellevar una agresión relativamente masiva sin consecuencias aparentemente normales, mientras que otras se derrumban ante estresores aparentemente leves, así pues, sea cual fuere su origen, una crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de una persona.

Esta amenaza puede resultar de la magnitud del peligro o de la fragilidad de la persona que lo experimenta, o bien originarse de una característica del problema que desafía la vulnerabilidad de un individuo de forma amenazadora (Hyman, 1990).

Además la mayoría de las crisis tienen una limitación temporal y se resuelven naturalmente; sin embargo, en algunas ocasiones, el problema satura las estrategias de resolución de problemas de las personas, produciendo una sensación de desamparo y pavor, provocando la retirada a mecanismos defensivos inhabituales (y generalmente menos efectivos), por ejemplo, protección, negación o desorganización, y es en este momento donde frecuentemente se solicita ayuda psicológica por el propio paciente o por los servidores públicos que tiene contacto con éste.

Finalmente, otro de los tantos sentidos que engloba la palabra “crisis” y que resulta importante mencionar por el tema que se engloba en este trabajo, es el relativo a las llamadas “crisis sociales”, que está relacionado con los fenómenos de desintegración del sistema de valores y que, desde muchas perspectivas sociológicas y psicológicas, suelen ser entendidas como

situaciones graves de la vida social, donde el curso de los acontecimientos ha llegado a un punto de cambios urgentes y en la medida en que ese cambio, leído desde un supuesto “bienestar humano” puede llegar a ser favorable o desfavorable para el individuo, el grupo o la comunidad, no se puede afirmar que las crisis sean siempre disfuncionales por definición, pues depende de los resultados y efectos.

Por lo tanto, la crisis podría entenderse como la repercusión psicológica de complejas situaciones vitales y la forma en que éstas son vividas por la persona, a partir de múltiples y muy variados factores históricos, económicos, sociales, familiares y sus propia historicidad (Musicante, 2005).

Es así, que la crisis está fuertemente unida a la vida, ya que no hay posibilidad de vida sin crisis y está potencialmente presente durante la existencia, teniendo sus altas y bajas en múltiples momentos de la vida, englobándose así acontecimientos de índole biológica y social, pues somos seres bio-psicosociales.

2.2. Tipos de crisis.

Existen dos tipos de crisis, de desarrollo y circunstanciales, las primeras son aquellas que hacen referencia al traslado de una etapa a otra del crecimiento por todos reconocidas, comenzando por el nacimiento (llamado trauma de nacimiento), siguiendo con la lactancia, la dentición, el destete, la adolescencia, que es la “edad de la rebeldía”, la entrada a la vida escolar, la socialización, las crisis escolares, la elección de una carrera profesional, la elección de pareja, la de la adultez, la menopausia, envejecimiento y la confrontación con la muerte (Musicante, 2005) y cuando existe interferencia en la realización de alguna de las etapas de desarrollo, surge la crisis.

Por otro lado, las crisis circunstanciales se refieren a situaciones accidentales o inesperadas, en donde el riesgo es más sobresaliente y que a su vez, pueden subdividirse, de modo significativo, en situaciones catastróficas naturales tales

como: sismos, inundaciones, erupciones volcánicas y en situaciones catastróficas sociales, como son las guerras, guerras civiles, represión y terrorismo, pobreza extrema, violencia, delincuencia organizada, migraciones, exilios, etcétera.

A continuación se describirán los tipos de crisis antes mencionados.

2.2.1. Crisis del desarrollo.

Las crisis del desarrollo o evolutivas pueden definirse como una situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas y/o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones biológicas, las transiciones de roles, en las cuales se incluyen: concepción o esterilidad, embarazo, parto, nacimiento, infancia y niñez temprana, adolescencia, las crisis que involucran identidad sexual, la crisis de la madurez, incluyendo el cambio de carrera, la jubilación, el envejecimiento y la muerte (Rubin & Bloch, 2001).

Al respecto, Erikson (1994) divide el ciclo vital en ocho etapas, cuatro de ellas cubren los primeros 20 años de vida y tres más abarcan el resto de la vida, así cada una de las etapas es distinta y única, con problemas y necesidades particulares, como expectativas y limitaciones culturales adicionales, de esta manera se adquieren experiencias y se conforma la personalidad, así la persona obtiene el control de sus circunstancias y de si mismo, pues *“cada etapa presenta al individuo con una tarea principal para que la cumpla”* (Erikson, 1994, pág. 171), como el desarrollo da un sentido de confianza básica en el medio ambiente , además dota de un sentido de autonomía.

Por otra parte, también deduce que la crisis es una perspectiva de cambio en la vida del individuo, cuando un nuevo problema debe ser enfrentado y dominado, pues los mismos problemas se repiten a través de toda la vida y si una crisis no se resuelve con éxito en la etapa adecuada del desarrollo, las experiencias siguientes pueden ofrecer una segunda oportunidad, así un logro

alcanzado en la etapa apropiada puede preparar al individuo en crecimiento para encargarse de las tareas en la siguiente etapa.

Además menciona que durante cada etapa de la vida, el individuo se enfrenta con el “conflicto básico”, esto es la necesidad de confiar en la habilidad para enfrentar un conflicto, que a su vez crea un conflicto entre los sentidos de confianza y desconfianza, y es este sentido el que determina la forma en que se enfrenta la vida.

2.2.2.Crisis circunstanciales de la vida.

Ahora bien, no todas las crisis que afectan a una persona son de orden natural del desarrollo, también existen las crisis circunstanciales que se refieren a situaciones que se encuentran principalmente en el ambiente, tales como la pérdida de una fuente de satisfacción de necesidades básicas, como la muerte, la separación de una persona amada, o la pérdida de la integridad corporal, incluso el peligro de semejante pérdida o un desafío que rebase las capacidades de una persona, como una promoción inesperada, para el cual la persona no está adecuadamente preparada.

Las características de las crisis circunstanciales de la vida, según Slaikeu (1988) son:

- 1) Trastorno repentino, ya que parecen afectar desde ninguna parte, a todos al mismo tiempo.
- 2) Lo inesperado: Aunque los individuos y familias pueden anticipar algunas transiciones de la vida y prevenir la crisis, pocas están preparadas para creer que les puede ocurrir una crisis circunstancial. En la mayoría de los casos la gente piensa que “le ocurrirá a alguien más.”
- 3) Calidad de urgencia: Puesto que muchas de las crisis amenazan el bienestar físico y psicológico, con frecuencia se inician como urgencias que requieren acción inmediata. Así, las estrategias de la intervención

en crisis deben tener en cuenta prioridades para valorar rápidamente, seguidas de la ejecución de etapas de acción apropiadas.

- 4) Impacto potencial sobre comunidades completas: Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas simultáneamente, necesitan intervención grandes grupos en un tiempo relativamente corto. Así los sobrevivientes de desastres, parientes y amigos tendrán estragos las siguientes semanas y meses.
- 5) Peligro y oportunidad: En tanto que el peligro puede ser la principal señal de las crisis circunstanciales, se debe recordar que de la desorganización que sobreviene, se inicia de forma casual de reorganización. Ésta tiene el potencial para trasladar a la persona y a su familia a niveles de funcionamiento altos y bajos.

En principio se percibe que el crecimiento resultante de algo tan traumático como un ataque físico, violación, pérdida de un ser querido puede ser improbable, sin embargo desde que esos sucesos exigen nuevos métodos de enfrentamiento y proporcionan la ocasión para examinar y reelaborar problemas personales no resueltos en el pasado, es posible para un individuo surgir mejor dotado de la crisis que antes que ella, para enfrentar el futuro.

Por otra parte, Gilliland y James, (en Rubín & Bloch, 2001) afirmaron que una crisis circunstancial surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que un individuo no tiene ninguna manera de prever o controlar, tales como los accidentes automovilísticos, secuestros, robos, violaciones, pérdidas de trabajo, enfermedades súbitas y la muerte.

Por tanto, podemos decir que la clave para distinguir la crisis circunstancial de otras crisis es que ésta es azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica (Díaz, 2009)

Las crisis circunstanciales incluyen: violación, incesto, aborto, suicidio, enfermedad aguda o crónica, maltrato a niños, cónyuges y/o personas

mayores, víctimas de accidentes, víctimas de crímenes, choques culturales, pérdida del trabajo, secuestros, crisis familiares, alcoholismo y abuso de sustancias adictivas.

Así en la Tabla 3 se describirán algunas según Slaikeu (1988):

Tabla 3. Crisis circunstanciales

Crisis circunstancial	Descripción
Enfermedad grave, cirugía, pérdida de alguna extremidad o incapacidad física.	Conservan el potencial para contemplarse como una pérdida, amenaza o desafío, hasta que la enfermedad y lesión puedan hacer inalcanzables los objetivos de la vida. Es así que la enfermedad física y las lesiones desafían la habilidad del individuo y de la familia para hacerle frente a la situación y finalmente adaptarse.
Crisis circunstancial	Descripción
Guerra y hechos relacionados.	La literatura refiere sobre los combatientes, prisioneros de guerra y el estrés poco común de los sobrevivientes de los campos de concentración.
Crisis circunstanciales de la vida moderna.	Se refiere a categorías diversas que no pertenecen a categorías previas, como lo son las experiencias inducidas por drogas, migración, problemas económicos, divorcio, con todas sus implicaciones familiares.
Desastres naturales y provocados por el hombre	Una de las características de este tipo de desastre es que afectan a mucha gente al mismo tiempo, muchos pueden morir dejando a muchos más enfrentando la pérdida. Así pues la consecuencia inmediata es actualmente un estado de urgencia; deben

	tomarse decisiones inmediatas para salvar vidas y atender a los heridos. El potencial para las crisis se presenta en los días y semanas siguientes, en cómo los individuos intentan enfrentar la pérdida.
Crimen, víctimas y delincuentes	Diferentes ataques como violación o asalto pueden comprenderse como sucesos cuyas manifestaciones psicológicas de trastornos y desorganización, conducen a las crisis abiertas de la vida para las víctimas.

(Continuación Tabla 3)

Ante tales circunstancias las víctimas pueden recibir ayuda externa en el manejo de cada fase de la crisis. Aquellos quienes tienen el primer contacto con la víctima (policía, trabajadores de urgencias y personal de hospital, trabajadores sociales, familiares y/o amigos) deben estar preparados para proporcionar la primera ayuda psicológica, y ésta deberá ser flexible y versátil, puesto que es en esta intervención de primer orden que se busca dar apoyo inmediato, reducir la mortalidad, servir como vínculos y buscar una solución pronta que ayude a la víctima a ver aspectos positivos de la crisis que atraviesa por ese momento, pues como bien menciona O'Hanlon (2005) es imposible evitar las crisis, pero estas devuelven algún aspecto que se habían dejado de lado y puede tratarse de una experiencia positiva, pues permitirá un mayor acercamiento a los demás, cambios de prioridades, incremento de la sensibilidad y empatía hacia los demás, entre otros tantos beneficios.

2.3. Modelo de Intervención en crisis: Antecedentes, teorías y fundamentos.

Para tener claro el concepto de intervenir, es preciso ver su origen etimológico, este viene del latín *interventio* = “venir entre”, así, desde sus diferentes acepciones a nivel ético- valorativo, sería entendido como la idea de ayuda,

cooperación, apoyo, de interceder, mediar o interponerse en situaciones conflictivas, en donde se puede utilizar una metáfora para tener claro el concepto dentro del campo psicológico y sociológico: viendo la intervención como una operación quirúrgica. Dicha metáfora médica cobra su validez, porque se trata de operar sobre un campo de la realidad previamente explorado, analizado, con la intención de incidir en él, de provocar ciertas modificaciones, no necesariamente previstas en sus alcances (Musicante, 2005), puesto que ninguna intervención/operación resulta indolora o inocua, ni deja de ser vivida como “traumatizante”, hecho que no debe olvidarse en ninguna de las intervenciones en crisis.

Ahora bien, la meta básica de la intervención es llegar a las personas que se encuentran en un estado agudo de estrés, y de esta manera, proporcionar apoyo para prevenir que en el futuro se vuelvan crónicos, puesto que la crisis puede causar un severo padecimiento psicológico a cualquier personalidad, sea sana o no (Phares, 1996).

La intervención en crisis es un método de relación muy útil con los pacientes y sus familias en estos episodios de grave estrés, teniendo como objetivos de la intervención en crisis: socorrer a la persona en tensión, ayudarla con dignidad durante este difícil período y de esta manera prevenir posibles marcas psicológicas duraderas derivadas de la experiencia. Si es posible, ayudar a la persona a sacar algún provecho positivo de la resolución de la crisis.

Es importante señalar que la intervención en crisis no es un sustituto de la evaluación psicológica detallada, ni debe considerarse un enfoque asistencial “rápido”. La intervención efectiva en crisis constituye el rápido establecimiento de relación con la persona en situación de estrés, determinar la naturaleza del problema presentado y estipular un tratamiento razonable y práctico (Gordón, 1990).

Por otra parte, Díaz (2009) menciona que la intervención en crisis puede ser vista como una ayuda que se proporciona inmediatamente después al suceso crítico con la intención de que el individuo no llegue a solicitar un proceso

terapéutico largo, en donde se puede orientar al sujeto a identificar puntos positivos que lo lleven a crear o conseguir ventajas de lo sucedido al momento de la asimilación de algún episodio estresante, de esta manera, como bien lo señala Slaikeu (1988) este individuo tiene la oportunidad de crecer, madurar o capacitarse para manejar problemas en su vida.

Por tanto, la intervención en crisis, es una estrategia diseñada para aprovechar esta potencialidad de crecimiento personal, por medio de intervenciones planeadas durante el periodo de crisis.

Este proceso puede subdividirse en dos fases, la intervención de primer orden (primera ayuda psicológica), la cual debe brindarse de inmediato, al igual que la física por aquellos que tuvieron contacto con la víctima, estos procedimientos duran poco tiempo y pueden proporcionarse por asistentes comunitarios.

Y por otro lado, está la intervención de segundo orden, la cual es el principio primordial de la terapia en crisis, está dirigida a facilitar la resolución psicológica de la crisis y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento específico en técnicas de evaluación y tratamiento.

Por lo tanto, el objetivo de la intervención, no es prevenirlas, más bien mejorar y enriquecer las habilidades de los individuos constructivamente con estos sucesos.

2.4. Intervención de primer orden.

Pues bien, el objetivo principal de la primera ayuda psicológica es restablecer el enfrentamiento inmediato. Para Caplan (en Slaikeu, 1988) las crisis de la vida se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas y enfrentamientos adecuados interiores, es decir, para la persona en crisis, lo esencial del problema es que se siente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento. La finalidad primordial del ayudante es entonces, ayudar a la persona a que tome las

medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación que lleven a la iniciación del proceso de solución de problemas.

Existen tres objetivos que persigue la primera ayuda psicológica (Slaikeu, 1988):

- **Proporcionar apoyo:** Sobre la premisa de que es mejor para la persona no estar sola al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes, es decir brindar apoyo y ayuda a la gente cuando la presión está al máximo, abrigando a este primer objetivo de un aspecto más humano, pues permite que la gente hable, brindándole cordialidad y preocupación, proporcionando una atmósfera en que puedan expresar la angustia y la cólera, de esta manera, busca renovar fuerzas para la gente que está consciente sólo de su propia debilidad durante la crisis.

- **Reducir la mortalidad:** Se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis, es decir, tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación.

- **Proporcionar enlace a recursos de ayuda:** En vez de tratar de resolver el problema de manera inmediata, el ayudante identifica con precisión las necesidades críticas y luego realiza una referencia apropiada a alguna persona asistente o institución, a menudo esta referencia se hará durante la asesoría individual variada a corto plazo (terapia en crisis).

Además, de estos objetivos, existen cinco componentes de la primera ayuda psicológica identificados, igualmente por Slaikeu en 1964 (1988), pero antes de mencionarlos, es necesario recalcar que elemento básico de cada uno de estos componentes es un modelo básico de solución de problemas, dando cuenta cinco pasos que incluyen:

- **Hacer contacto psicológico.**

Algunas personas describen este componente como empatía con los sentimientos de la persona durante una crisis, que con frecuencia es estar ansioso, enojado, o deprimido (crisis amarilla, roja y negra) respectivamente (Díaz, 2009) en donde la labor del ayudante no sólo es reconocer estos sentimientos, si no también responder de una manera tranquila y controlada, sin dejarse envolver por la ansiedad, el enojo y/o la depresión en la intensidad de los sentimientos del paciente.

Así, se puede habilitar en el ayudante la capacidad de expresar a la persona que se le ha escuchado lo que se ha captado de su comunicación, en un lenguaje adecuado para ella, es decir que el agente de ayuda ha de hacer uso del lenguaje en cada etapa de los procesos de la relación de ayuda, pero es necesario que, adapte su lenguaje a las necesidades del momento y a los objetivos que se quieren conseguir (Madrid, 2005).

Así, el agente de ayuda está en constante comunicación con el ayudando, pues siempre está transmitiendo algo a través del lenguaje no verbal y con mayor frecuencia con el lenguaje verbal, es así que la comunicación del agente de ayuda, tiene un fuerte impacto en la persona tanto cuando lo hace a través de un lenguaje como cuando lo hace a través del otro.

Es por esto que el contacto psicológico no siempre se realiza a través de la comunicación verbal, los clínicos y pacientes mencionan que un contacto cariñoso o el brazo alrededor de los hombros tienen, con frecuencia, un importante efecto tranquilizante además de significar interés humano.

- **Examinar las dimensiones del problema.**

El segundo componente de la primera ayuda psicológica implica estimar las dimensiones del problema. La investigación se enfoca sobre tres áreas: pasado, presente y futuros inmediatos. El pasado inmediato, se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico

que desató o precipitó la crisis. La investigación sobre la presente situación implica preguntas “quién, qué, dónde, cuándo, cómo”, puesto que es necesario descubrir quién está involucrado, qué y cuándo pasó, y así sucesivamente. Esto se realiza a menudo por una plática sencilla en la que se cuenta la historia. Y así, durante el momento de la crisis se da atención a fuerzas y debilidades y se hace un enfoque hacia las necesidades inmediatas y posteriores de la persona (Slaikeu, 1988).

- **Explorar las soluciones posibles.**

El tercer componente de la primera ayuda psicológica implica identificar un rango de alternativas de soluciones para necesidades inmediatas y las posteriores identificarlas previamente. Aquí, el ayudante toma un enfoque etapa por etapa, preguntando primero sobre lo que ya se ha intentado, luego conseguir que la persona en crisis genere alternativas seguidas por otras posibilidades que proponga el ayudante, se exploran pros y contras de cada una de las soluciones, se resumen y categorizan como adecuadas a las necesidades inmediatas y posteriores identificadas.

El explorar en las soluciones de la persona, permitirá tener un papel activo y junto con el terapeuta se irán consiguiendo cambios, así quien define los objetivos a alcanzar es el propio paciente, de esta manera se comienzan a co-crear situaciones, realidades y soluciones que se susciten de manera rápida y así se espera que se obtenga una visión nueva, más productiva y optimista de su situación (O’Hanlon & Weiner, 1993).

Así pues, se puede hacer la observación al paciente, de que no existe una forma única de ver las cosas y que existe un abanico de posibilidades y opiniones que pueden ayudar a enfrentar la situación.

- **Ayudar a tomar una acción concreta.**

Este cuarto componente, involucra ayudar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis. Se implementa un convenio sobre las

soluciones inmediatas dirigidas a abordar las necesidades, en donde el curso de acción puede ser tan simple como un acuerdo por descubrir al siguiente día, o complicado como iniciar una hospitalización de urgencia.

Lo anterior, siempre es dependiendo de dos factores principales, la mortalidad y capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio, así pues, el ayudante toma una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente a abordar la crisis o si la persona no es capaz de cuidarse a sí misma, entonces la actitud del ayudante será directiva. Cuando no hay peligro para sí mismo u otros la persona, aunque esté perturbada emocionalmente y desorganizada, es capaz aun de hacer cosas como conducir hacía su hogar (Slaikeu, 1988).

El terapeuta tiene entonces la oportunidad de proporcionar clasificaciones precisas y facilitadoras para la resolución de la crisis y en tales situaciones no es raro para un terapeuta eficiente hacer exposiciones como éstas: “Sientes que te estás volviendo loco o enfermo mental, pero no creo que lo seas”, y es así, que el lenguaje del terapeuta es crítico desde la forma en que los pacientes conceptúan su dolor, que juega un papel importante en la adaptación subsecuente.

Antes de que se tome cualquier acción directiva, los asesores deben pensar con quien hará qué, hacia qué fin, por cuánto tiempo, qué riesgos y qué garantías.

- **Registrar el progreso de seguimiento.**

El último componente de la primera ayuda psicológica, descrita por Slaikeu (1988) implica deducir información y establecer un procedimiento que permita el registro para revisar el progreso.

La actividad principal del agente de ayuda aquí, es especificar el procedimiento para el paciente y el ayudante que estará en contacto con él, en un momento después. Así, el registro puede ocurrir a través de un encuentro cara a cara, o

por teléfono. Es importante especificar quién llamará a quién, o quién visitará a quién, como también el momento y el lugar del contacto.

Finalmente es sustancial mencionar que la primera ayuda psicológica no está completa hasta que cada uno de los procedimientos se haya aprobado.

Y una vez proporcionada la primera ayuda psicológica, como bien se mencionó, no sólo deben estar en manos técnicas, sino también de las personas que de alguna manera tienen contacto con las víctimas, ya sean, familiares, amigos, policías, enfermeras, maestros, trabajadores sociales y/o voluntarios, sin olvidar que esta ayuda deberá ser flexible para las necesidades que la víctima requiera, de esta manera se logrará normalizar y tranquilizar, puesto que los que brindan esta primera ayuda, son actores del mismo contexto social al que pertenece la víctima, lo cual facilitará la tarea y en caso de que la persona afectada o su familia lo solicite se pasará a un trabajo de segundo orden que complementa esta primera intervención, buscando el bienestar de la víctima.

2.5. Intervención de segundo orden.

La terapia en crisis (intervención de segundo orden) recoge al paciente en donde la primera ayuda psicológica lo dejó de ayudar en el proceso de reconstrucción de una vida destrozada por un suceso externo. Díaz (2009) menciona que la originalidad de la terapia en crisis no consiste tanto en sus técnicas tratando de ayudar al paciente en el impacto del suceso de crisis en cada área de su vida. Su objetivo es enfrentar el suceso de crisis de modo que llegue a integrar funcionalmente dentro de la estructura de la vida, dejando al paciente dispuesto, en lugar de indisposto para enfrentar el futuro.

La terapia en crisis es la más eficaz cuando coincide con el periodo de desorganización de la crisis en sí mismo (6 ó más semanas) para aumentar la posibilidad de la reorganización se dirija al crecimiento y se aleje del debilitamiento.

Ahora bien, la valoración y estructura del tratamiento empleado está basado en el trabajo de Lazarus (1981, en Slaikeu, 1988) que reconoce la importancia de apreciar el funcionamiento del paciente en diversas áreas o subsistemas, que son: el emocional, el conductual y cognoscitiva, a lo cual se le denomina CASIC (Ver Tabla 4).

El sistema conductual (C) hace referencia a actividades manifiestas, trabajo, juego y otros patrones importantes de la vida, incluyendo ejercicio, dieta, patrones de sueño y uso de alcohol, drogas y tabaco, así al valorar el funcionamiento conductual del paciente se dan atención a los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas clave y áreas de capacidad e incapacidad.

Las variables afectivas (A) incluyen un rango total de sentimientos que un individuo puede tener sobre cualquiera de estas conductas sobre un suceso traumático o la vida en general. También se le da atención a la valoración de la congruencia social o la rivalidad entre el afecto y las diversas circunstancias de la vida.

Por su parte el funcionamiento somático (S) hace referencia a todas las sensaciones corporales, incluyendo, tacto, oído, olfato, gusto y visión. Donde la información sobre el funcionamiento físico general, que incluyen dolores de cabeza, malestares estomacales y salud general se codifica aquí.

La modalidad interpersonal (I) incluye información sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales del paciente. Se proporciona atención al número de contactos y a la naturaleza de estas relaciones.

Por último, la modalidad cognoscitiva (C) se refiere a los procesos mentales, en donde se incluyen imágenes o descripciones mentales a cuanto metas en la vida, recuerdos del pasado o aspiraciones al futuro.

Así, la cognición se utiliza como un nivel para referir el rango total de pensamiento y en particular las aseveraciones de sí mismas que se hace la gente con respecto a su conducta, sentimientos, funcionamiento físico, etcétera.

Tabla 4. Subsistemas de valoración CASIC.

C (Sistema Conductual)	A (Variables Afectivas)	S (Funcionamiento Somático)	I (Modalidad interpersonal)	C (Modalidad Cognoscitiva)
Funcionamiento conductual. Actividades manifiestas. (Ejercicio, trabajo, juego).	Sentimientos sobre el suceso traumático.	Sensaciones corporales. (Tacto, oído, olfato, gusto y visión).	Calidad y cantidad de las relaciones sociales.	Procesos mentales. (Imágenes o descripciones mentales, recuerdos o aspiraciones).

Justamente al tener en cuenta estos subsistemas, se comienza a considerar el tratamiento que se llevará a cabo, cuidado cada una de estas áreas, para finalmente conseguir la estabilidad del paciente.

Así, a lo largo de la vida, seguramente se experimentará algún tipo de crisis, de hecho nadie está exento de experimentarlas, desde las crisis de orden evolutivo o del desarrollo, hasta las crisis circunstanciales de la vida, las cuales, se desearía que no pasasen nunca.

Sin embargo, al estar expuestos a ellas, sería importante saber cómo actuar, qué decisiones tomar y cómo hacer para tomar estas decisiones, pues regularmente cuando sé es “víctima” de las crisis, sé es presa fácil del miedo, la desesperanza y la incertidumbre, pareciera ser que el “mundo se viene encima”.

Este tipo de acontecimientos, implican una serie de efectos, que pueden afectar de manera positiva o negativa el rumbo de la vida y lo más recomendable es que los cambios se susciten de manera positiva, para esto se debe contar una primera ayuda psicológica, que pueda generar confianza en la víctima para desahogarse y de manera simultánea enfocarse en la preocupación que ésta tenga y en las soluciones que pueda generar para conseguir la estabilidad emocional de la misma. Cabe mencionar que esta primera ayuda psicológica, puede ser brindada por servidores públicos, enfermeras, médicos, policías, trabajadores sociales, incluso familiares, amigos o personas que se encuentren cerca de la víctima, no es necesario que solo un psicoterapeuta la brinde, si no que ésta queda abierta.

Una vez brindada la intervención de primer orden, si la persona o algún familiar lo requiere, se canalizará con un experto que le de seguimiento al caso, es decir, se le podrá brindar una intervención en segundo orden, que se remite a terapia psicológica en donde se evaluarán el funcionamiento que abarca los subsistemas de CASIC.

Por otra parte, una de las crisis de las cuales existen víctimas casi invisibles, son las víctimas de la delincuencia y de manera muy concreta de los asaltos en vía o transporte público, pues parece ser que este tipo de delito se ha “normalizado”, pues no resulta extraño escuchar las experiencias que a diario sorprenden a los ciudadanos que parecen no ser afectados por este delito aunque este sea común, pues las consecuencias físicas, sociales y psicológicas hacen evidente que las víctimas necesitan intervención y atención.

Por tanto, es necesario informar y orientar a los servidores públicos y profesionales de la salud a brindar una primera ayuda psicológica, que permita de manera flexible orientar a la víctima de asalto a buscar soluciones y a expresar sus preocupaciones.

CAPÍTULO 3. VÍCTIMAS DE DELINCUENCIA: ASALTO EN VÍA Y TRANSPORTE PÚBLICO.

3.1 ¿Qué es la delincuencia?

La conducta antisocial incluye actividades tales como peleas y vandalismo, así muchos términos, como delincuencia, trastorno de conducta, conductas de externalización o problemas de conducta, denotan con mayor o menor intensidad conductas antisociales.

Al respecto, Garrido (1990) menciona que resulta obvio la etiqueta de “conducta antisocial” y puede reflejar hechos dispares, pues en términos generales, hace referencia a cualquier acción que viole las reglas sociales o vayan contra los demás, con independencia de su gravedad.

Por otra parte, el termino trastorno (desorden) de conducta, pretende agrupar a aquellos que evidencian un patrón de conducta antisocial, en donde existe una desadaptación significativa en el funcionamiento diario, en la cual se califica su conducta como ingobernable.

De esta manera, puede apreciarse que una característica principal del síndrome de trastornos de conducta radica en la conducta agresiva y ésta con una conducta delictiva y puede ser asociada con dificultades personales y sociales y la extensión de esta asociación se incrementa con la gravedad y frecuencia de la conducta delictiva, que en ocasiones parece estar transmitida en la familia (Wolf, 1987, en Garrido, 1990).

Además, se deben sumar a estas características, el contexto social, pues las conductas desadaptadas son adquiridas a través de los procesos de aprendizaje “normal” dentro del ambiente en el cual se desarrolla un individuo, como pueden ser las crisis económicas, políticas y sociales, que dan como resultado una crisis laboral y económica.

Al respecto, Ruiz (1995) señala que el comportamiento humano se debe a la influencia ejercida por el organismo que lo realiza, como por el medio ambiente en el cual se desenvuelve, así toda conducta está en función del organismo y del ambiente, por tanto el comportamiento delictivo no escaparía de ambos factores.

Ahora bien, la noción misma de delincuencia o de delito no tendría mucho sentido sin un contexto de aprendizaje, de experiencia social y genéricamente de interacción entre los hombres, pero el modo real en que se ejecuta el delito y el hecho de que el culpable sea o no encontrado y castigado están sujetos a los acontecimientos cambiantes de la vida cotidiana, dando así sentido a la idea de delincuencia y de predisposición al delito en relación con la sociedad.

Por otra parte, la definición de violencia, viene muy de la mano con la delincuencia, pero no es exclusiva una de la otra. Tartar-Goddet (2005) menciona que el acto violento representa una concentración de las diferentes tensiones psíquicas internas, que al acumularse, acaban por producir un verdadero estado de malestar, así el acto violento sobreviene cuando el malestar interior se convierte en algo insoportable.

La violencia desahogada hace bajar rápidamente el nivel de tensión interna, en donde las tensiones se movilizan, así la agresividad tiene a veces causas objetivas, pero en algunos casos, se trata de pequeñas violencias simbólicas con las que se ha sentido a disgusto, de esta manera, pasado cierto umbral, las tensiones, el estrés o la excitación se convierten en energía agresiva y si no se sublima, puede transformarse en diferentes violencias: violencia contra uno mismo, contra los demás, bajo forma de golpes, desprecios, violencia contra las cosas, etcétera.

Finalmente, podemos entrelazar ambos conceptos y ambas conductas, pues, siendo la violencia una manera de desahogar tensiones acumuladas, podemos predecir que la delincuencia es una liberación, pues ante la actual crisis que enfrenta el país, las personas en su desesperación, comienzan a delinquir, alguna veces, aunque esto no sea de su total agrado y como bien se mencionó,

el desahogo es hacia otras personas, las cuales al final se han convertido en víctimas de la delincuencia.

3.2 Delincuencia y violencia social en México.

El concepto de violencia viene del latín *vis* que en términos modernos significa: sujeción, subordinación, dominación, imposición, arbitrariedad, fragmentación, autoritarismo, fuerza, desgarró, olvido hacia lo colectivo, discriminación y prejuicio, entre otras definiciones.

De esta manera, la violencia que sufre actualmente la población mexicana se vuelve un problema de seguridad pública, pues ésta conlleva a efectos de orden material y emocional, cuyo origen se encuentra en factores históricos, demográficos, psicológicos, biológicos, sociales y económicos.

Esto lleva a considerar un estudio y análisis de esta manifestación social, en el cual se debe profundizar y prestar atención, pues al disminuir el incremento de víctimas de todas las edades y grupos sociales, permitirá revertir la desconfianza básica hacia las instituciones, los programas y los responsables de la seguridad pública, así como abatir la creciente presencia del crimen en las diferentes esferas de poder y de la delincuencia.

Rodríguez (2007) refiere la importancia de perfeccionar las leyes ya existentes y adecuarlas a las necesidades cotidianas, ampliar las instituciones, dirigir sus recursos, crear y activar programas que se vinculen más al desarrollo profesional de las organizaciones en pro de las víctimas de los delitos, procurando restituirles en sus derechos y sus bienes o integridad, sin olvidar el rol que juegan cada una de las partes en la regeneración positiva de este problema social, que se traduce hoy en día como fenómeno urgente de atender.

En México podemos considerar resultados de conductas delictivas tal como la impunidad, el soborno, el crimen organizado y el vandalismo, que amenazan la

integridad individual y colectiva; es decir la victimización de la población como producto de la violencia, que es en lo cualitativo el resultado de la crisis económica, social, política y cultural.

La violencia social y sus diversas manifestaciones suceden en un contexto histórico social y su causalidad es de origen multidisciplinario, por ejemplo, desde la perspectiva jurídica, la violencia está asociada con transgresiones a la ley y los acontecimientos violentos se enmarcan dentro de los hechos criminales. En cambio para la salud pública, la violencia se define en relación con la agresión física que provoca intencionalmente daños capaces de producir secuelas temporales o permanentes e incluso llegar a la muerte (Arellano, 2005).

A estas concepciones sobre las agresiones físicas se agregan situaciones subjetivas, que también generan violencia en los individuos; lo cierto es que la violencia se registra desde el nacimiento de la humanidad, y es así que en las distintas concepciones la violencia se asocia con agresiones físicas objetivas y subjetivas, es decir, el daño puede mostrarse físicamente, pero indudablemente también emocionalmente, pero cualquiera que sea la manifestación de la violencia, ésta no puede estar al margen del contexto social, de la casualidad, los medios y fines que se desarrolla.

Es claro que la violencia social requiere diversas investigaciones sobre su origen y su causalidad, no es terreno exclusivo de una sola disciplina y no debería circunscribirse a posiciones teóricas únicas como son las teorías sociales, o del área médica (salud) o a la aplicación de métodos estadísticos teóricos y modelos con limitaciones tanto sociales y culturales. Ahora bien, debe considerarse el carácter multidimensional de este problema, de modo que involucre en un trabajo conjunto a los especialistas de diversas áreas del conocimiento, desde las ciencias sociales, hasta las relacionadas con la salud como la medicina, la psiquiatría y la psicología.

Pues bien, el estudio de la violencia actual, como menciona Jiménez en 2005, debe incorporar nuevos factores que van apareciendo, entre estos podemos

referirnos a las problemáticas que desencadena la globalización económica en las sociedades y que en lo inmediato ha fomentado el desarrollo del crimen organizado, caracterizado actualmente por la presencia de bandas criminales, sin embargo no podemos dejar a un lado las “pequeñas implicaciones” que trae consigo la globalización, pues a un nivel “hondo” o en la vida de cualquier mexicano son perceptibles las manifestaciones de la delincuencia, ya sea violencia familiar, la inseguridad, el robo y asalto, pues estos poco a poco han llegado a tener un alto grado de interés entre los diversos sectores de la sociedad.

Aunado a esto, los diversos medios de comunicación desempeñan un papel clave en la difusión de los eventos asociados con la violencia y en alguno de los casos pueden influir en la percepción del público, pues cierto tipo de prensa, despierta el morbo de los lectores, además de que se generan dos polaridades cognitivas, una ellas es el pensar que es una exageración y que eso jamás le ocurrirá o la segunda y totalmente contraria pensar que estos actos pueden pasar en cualquier momento y es catastrófico incluso ya salir a la calle, pues sin duda, el factor más importante reside en el horror que los hechos delictivos mismos provocan en la conciencia civilizada, y es que *“todo crimen implica la transgresión y violación de un pacto sancionado colectivamente. De ahí que la proporción entre la pena y la calidad del delito esté determinada por la amenaza que el mismo representa para el orden social...por tal motivo, los delitos reseñados en las paginas de la nota roja se constituyen en una fuente de información de sumo valor para desarrollar una mejor comprensión de la sociedad en la cual se inscriben.”* (Brocca, 1997, pág. 9)

Para Jiménez (2005), lo anterior muestra la urgencia de investigaciones sobre el tema, pues el conocimiento científico garantiza en mayor grado la objetividad de los resultados a largo y mediano plazo, pues es necesario que el índice de violencia baje y que las demandas de dichos delitos aumenten no por el hecho de que la delincuencia aumente, sino para que esta última disminuya al poder bajar los índices.

Una de las formas primarias como se mide el fenómeno delictivo en México es mediante el conteo del número de denuncias presentadas ante el Ministerio Público y en segundo término, por el número de consignaciones judiciales y de sentencias ejecutadas, así el resultado de esta operación representa el índice de criminalidad de una ciudad y un país determinado.

Esto genera problemáticas, pues sólo se contabilizan los delitos denunciados, pero no, los no denunciados. Otro problema es la inapropiada atención en el Ministerio Público o corrupción dentro de los sistemas de procuración y administración de justicia, por tanto se genera una erosión de la confianza entre autoridades y ciudadanos, convirtiéndose esta en una consecuencia negativa adicional. (Arellano, 2005)

Por ejemplo, la desesperanza provocada por la falta de credibilidad en las autoridades y la necesidad de resultados inmediatos desencadena un incremento de intentos de linchamientos y acciones de la población por ejercer justicia por propia mano, ya que *“Existe una desesperanza ante la falta de una respuesta. Si la gente ve que no le hacen caso y hay quien adopte una medida violenta, es probable que otros las sigan...”* (Pérez, 2011, en Zambrano, 2011).

Está comprobado que los ciudadanos viven constantemente en el temor de ser víctimas de un delito. El miedo al delito, definido como el sentimiento de inseguridad general que tiene la población, es un factor que opera negativamente en contra de la información oficial en cuanto a índices delictivos se refiere. Si partimos de que la seguridad es una condición humana indispensable que permite la sobrevivencia de los ciudadanos y que las sociedades han buscado generando mecanismos institucionales para salvaguardarla, las autoridades pueden dar a conocer una disminución en los índices de criminalidad y encontrar una barrera de incredulidad por parte de los ciudadanos y así se ha señalado que si el miedo al delito no es atendido, puede abrir la vía a una regresión hacia la justicia privada, pues se sabe que no todas las víctimas de un delito lo hacen del conocimiento de la autoridad, pues una gran mayoría de ciudadanos optan por no denunciar los delitos de los que han sido víctimas, por temor a represalias, desconfianza en las autoridades,

por la pérdida de tiempo que implica la denuncia, por la inflexibilidad con que se atiende, por evitar sujetos de chantaje o corrupción y considera que el daño fue irrelevante o bien porque recibieron un mal trato por parte de las autoridades.

Entonces, la ausencia de denuncias ciudadanas genera lo que se conoce como “cifra negra” u “oculta de la criminalidad” y este desconocimiento de la criminalidad real afecta la planeación de las estrategias para combatir la delincuencia. La “no denuncia” ocurre principalmente por la baja eficacia que percibe la población en el sistema de justicia y la mala evaluación que tienen los cuerpos policíacos (Arellano, 2005)

Jiménez (2005) realizó una serie de encuestas a escala nacional con 3,653 entrevistas a hogares, en el Distrito Federal se levantaron 2,000 encuestas, en ambos casos se contempló un intervalo de confianza de 95%, con un margen de error de +/-2.2. La encuesta nacional se realizó del 26 de Septiembre al 30 de Octubre del 2000 y la del Distrito Federal del 7 al 11 de Octubre del 2000, obteniéndose que, entre los delitos que ocurren con mayor frecuencia a nivel nacional, ocupa un lugar importante el robo o asalto a personas (52.3%), la diferencia es notoria entre éste y los delitos con menor influencia como robo de autopartes (10.5%), abuso de autoridad (7.1%), robo de autos (4%). Los delitos sexuales, homicidios y fraudes tienen muy poca representatividad.

En el valle de México, el robo o asalto a persona tiene un representatividad muy alta, ya que ocupa casi el 70% del total de delitos, seguido de abuso de autoridad con un porcentaje contrastante del 6.7%. Los delitos de índole agresiva como lesiones y el homicidio tuvieron muy poca representatividad en esta región.

Así en el Distrito Federal y el Valle de México, la mayor incidencia delictiva se verificó en los robos y asaltos, los cuales representan el 90.9% del total de los casos. El segundo sitio de incidencia delictiva fue ocupado por el abuso de autoridad con el 2.4% y en tercer sitio el secuestro “express” con el 1.4%, los

delitos de tipo sexual representaron sólo el 0.7% de los casos, mientras que los delitos violentos como las lesiones son sólo el 1%.

Así, en promedio, cada hora un transeúnte es asaltado en alguna calle de la Ciudad de México y de acuerdo con cifras de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), durante 2009 hubo 15 mil 625 denuncias por “robo a transeúnte en vía pública”. Eso implica un promedio de 42 asaltos cada día, 1.7 por hora (Romero, 2010).

Por otra parte, Arellano (2005) menciona que el asalto en vía y transporte públicos, que presumiblemente son robos con bajos montos, es el delito padecido por el mayor número de ciudadanos y a su vez es el delito que menos se denuncia.

Al respecto, Rivera (2010) comenta que al menos detienen 20 delincuentes a la semana, principalmente por robo a transeúnte y en vía pública, pero la mayoría son liberados horas después, debido a que las víctimas desisten de seguir el proceso judicial por temor a las represalias de los hampones.

Ahora bien, la delincuencia es un fenómeno en constante manifestación en México, pues siendo este un país en “vías de desarrollo”, se encuentra en crisis sociales, políticas y sobre todo económicas, las cuales orillan a más personas a delinquir, desarrollándose así delitos en la vía y transporte públicos, denominados de bajo monto.

Esto ha generado en los sistemas de justicia una alarma, y se han puesto en marcha programas que van dirigidos a disminuir dicho fenómeno, enfocándose así en el delincuente.

Sin embargo, existen pocos programas que se orienten a las víctimas de dicho delito y posiblemente esto ha causado una baja en las demandas de dichos delitos, pues en los lugares que han sido asignados para realizar dichas demandas, no existe una flexibilidad y empatía por parte de los servidores públicos, originando la llamada “cifra negra”.

3.2.1. Asalto en vía y transporte público: víctimas y delincuentes.

Ahora, veamos el punto que respecta a la víctima, etimológicamente la palabra víctima proviene del latín *Víctima* que se designa a la persona o animal que se destina al sacrificio, por tanto se define a la víctima como: persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita y persona que muere por culpa ajena o por accidente (Rodríguez, 2007), entendiendo así, que una víctima es aquella persona que sufre un daño en su integridad o en su patrimonio o sus bienes, por la interacción de otra (s) persona(s) o por un hecho de la naturaleza.

Dentro del marco jurídico, la víctima es considerada con aspectos sociales, morales y psicológicos, con una personalidad particular o colectiva en el grado en que sea afectada por las consecuencias del delito y en el ambiente en el que se desenvuelva. (Marchiori, 2002)

Para la ONU el término víctima, plantea que es la persona que ha sufrido una pérdida, daño o lesión, sea en su persona, su propiedad, o sus derechos humanos, como resultado de una conducta que constituyen una violación a la legislación penal nacional.

Por otra parte, los conceptos legales de víctima del delito y de ofendidos, lo podemos encontrar en el artículo 7° de la Ley Atención y Apoyo a las víctimas de delito para el Distrito Federal, el cual manifiesta:

Artículo 7° *Se entiende por víctima a la persona que haya sufrido daño, como consecuencia de acciones u omisiones realizadas en su contra, tipificadas como delito y sancionada por la legislación penal (Gaceta oficial de la federación, 2003)*

Finalmente, podemos definir a la víctima del delito como aquella persona que sufre un ataque directo a sus derechos, integridad física, propiedad, etc. (García, 1984) por otro individuo, y la protección corresponde al poder público a través de las leyes penales, para perseguir y juzgar al delincuente.

Arellano (2005) considera que uno de los delitos que presumiblemente obtiene bajos montos, es el asalto en vía y transporte público, y lo enmarca en la “delincuencia dispersa”, puesto que la lamentable “familiaridad” que se tiene con este tipo de delitos, no resulta alarmante y los ojos de las autoridades no

voltean a este rubro, a menos que el delito tenga un indicador de violencia extrema. Además el asalto en vía y transporte públicos, es el delito padecido por el mayor número de ciudadanos, que a su vez, es el delito que menos se denuncia.

Las estadísticas de delitos denunciados muestran, sólo un margen de este problema. El incremento o el descenso en las cifras de denuncias presentadas no reflejan fielmente la evolución del fenómeno delictivo y tampoco la eficacia de las autoridades para combatirlo, por otra parte, las instituciones internacionales utilizan encuestas y estudios periódicos de victimización, los cuales permiten cuantificar el número y el impacto de delitos que no son reportados a las autoridades.

De acuerdo con cifras del Sistema Nacional de Seguridad Pública, en los últimos cinco años las denuncias presentadas corresponden en 95 por ciento de los casos al fuero común (robo y contra la integridad física). Se trata de los delitos que compete investigar a las Procuradurías locales. El otro cinco por ciento corresponde al fuero federal (delitos contra la salud y por el uso de armas de fuego). La mayor incidencia de delitos denunciados corresponde a robo en sus diversas modalidades (34 por ciento) y lesiones dolosas (12 por ciento).

La tabla 5 compara las cifras oficiales de los delitos denunciados y aquellos reportados por la población captados por una encuesta nacional (Arellano, 2005)

Tabla 5. Proporción de las denuncias según la Encuesta Nacional de Delincuencia.

Delito	Encuesta nacional en vivienda Delito de que dijeron haber sido víctima				Denuncias presentadas		
	Junio-noviembre de 2002	Marzo-agosto de 2003	Enero-junio de 2004	Julio-diciembre de 2004	2003	Enero-junio de 2004	Julio-diciembre de 2004
Robo en general			23%	7%	34%	34.08%	34.46%
Robo en vía pública	56%	40%	24%	27%	5.5%	5.12%	5.19%
Robo a domicilio	10%	15%	12%	14%	5.6%	5.70%	5.90%
Robo de auto	8%	5%	12%	13%	9.7%	9.52%	9.69%
Secuestro	1.5%	5%	5%		0.03%	0.02%	0.02%
Robo en transporte público	8%	10%	5%		Sin dato	Sin dato	Sin dato

Fuentes: Para la encuesta: *El Universal*, varias fechas, 12 de julio de 2004, pp. 1 y A10; 12 de febrero de 2003, pp. 1 y 14A; 22 de septiembre de 2003, p 1; y 24 de enero de 2005, p. A16. Para las denuncias presentadas, cifras del Sistema Nacional de Seguridad Pública, Secretariado Ejecutivo, *Resumen de Incidencia Delictiva 2004*.

El delito con mayor porcentaje de incidencia, según las encuestas, es el robo en la vía y en el transporte públicos; sin embargo, en las cifras de denuncias el registro de los mismos es muy bajo. Si a lo anterior se añade que las víctimas estimaron en no más de mil pesos lo robado, se puede pensar en la existencia de una gran cantidad de delitos de bajo monto que no son reportados.

Es decir, se trata de una delincuencia con una gran propagación y dispersión, además, se reporta que la mayoría de los delitos ocurren a lo largo del día; es decir, no se concentran en la noche.

Ahora bien, este tipo de criminalidad es el que más afecta al ciudadano común: los crímenes callejeros, los robos a transeúntes y en casas.

Por tanto, se puede ver que los asaltos son uno de los delitos que más afecta a los mexicanos y es importante considerar las consecuencias que este tipo de delitos tiene en los delincuentes, pero sobre todo en las víctimas, y como se ha mencionado, el asalto en vía y transporte públicos es el que en mayor medida se es víctima, además que es el que menos se llega a denunciar, quizá por su cotidianeidad y sumado a ello el deficiente desempeño en la procuraduría de la justicia.

3.3. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas.

Cuando las personas se han convertido en víctimas del delito, en este caso en víctimas de asalto, sufren una serie de consecuencias, físicas, sociales y psicológicas, que van desde la agresión física, ya sean golpes o heridas con arma de fuego o arma blanca, las consecuencias sociales, a nivel familiar y del contexto en el cual se desarrolla con normalidad y finalmente y no por eso menos importante, las consecuencias psicológicas.

Al respecto, Sullivan y Everstine (1992) engloban una serie de consecuencias y características, las cuales en primer lugar se hará un mención general y después se irá a la descripción.

Cuando una persona es víctima de un crimen violento, se siente bombardeada psicológicamente por la realidad de la fragilidad personal, pues la aparente casualidad de los acontecimientos de la vida y la certidumbre de la muerte acompañan sus pensamientos y lamentablemente muchas de las personas llegan a este punto sin saberlo y sin estar preparadas.

Ahora bien, pocas personas han tenido experiencias que las preparen para convertirse en víctimas de un asalto, casi nadie tiene la capacidad para enfrentar un acontecimiento así sin recibir apoyo de los demás.

Parece necesario plantearse cuáles son las posibles actitudes que el grupo social tiene ante el hecho de la victimización y cómo la víctima a su vez reacciona ante los demás.

Baca (2003) refiere que la reacción usada en la población afectada suele estar configurada por una serie de sentimientos más o menos racionalizados, seguidos del desarrollo de actitudes derivadas de los mismos y encabezadas por una reacción de curiosidad, la cual es la primera reacción observable.

Esta curiosidad es la que convierte el hecho en noticia y la noticia en negocio de los medios de comunicación, el resultado de la fusión hecho traumático-noticia es estrecha, por lo que no resulta extraño escuchar en la radio y la televisión que es un día “aburrido” si no se ha proporcionado la correspondiente reacción de catástrofes.

Otro punto importante es la proximidad con los rasgos culturales del sujeto, provocando que algunas personas se sientan más afectadas por hechos que están pasando a miles de kilómetros de su hogar. Estas y otras interpretaciones son rechazadas por el lector/receptor medio y bien intencionado, pero ante estos hechos es preciso reflexionar serenamente sobre el significado que tiene el éxito de audiencia (éxito de ventas) de imágenes de cadáveres quemados, reportajes sobre matanzas indiscriminadas o ejecuciones sangrientas.

Es así, a consecuencia de toda esta experiencia y bombardeo “informativo” que el individuo, posado en ahora en el papel de víctima, pasa por un ciclo de respuesta y recuperación del trauma, este ciclo es respuesta del duelo.

Por otra parte, en aquellos casos en los que la situación traumática supone un agresor humano, es decir, aquellas situaciones en las que el daño provocado es directamente infringido por alguien potencialmente identificable y una vez producida la agresión, el sujeto percibe que se ha convertido en alguien a quienes le ha hecho daño y se le ha desposeído de sus más elementales derechos. (González, 1995)

De esta manera, una de las principales tareas del terapeuta, es ayudar a la víctima y estimularla a pasar por el ciclo de respuesta y recuperación del trauma, de esta manera se favorece una conducta sana y adaptativa, es decir ayudar al individuo a sanar las heridas psicológicas “invisibles”, que si no reciben atención pueden conducir a problemas psicológicos posteriores.

Sullivan y Everstine (1992) señalan que el tratamiento de una víctima de un crimen violento no es tarea sencilla, debido a que la persona puede resistirse a participar en la lucha emocional que conduce a la recuperación. Además, las presiones sociales pueden resultar extrañamente opresivas para la víctima como bien explica Symonds (1975, en Sullivan y Everstine 1992):

...La sociedad tiene extrañas actitudes hacia las víctimas. Al parecer hay una notable renuncia y resistencia a aceptar la inocencia o naturaleza accidental de la conducta de la víctima...Ésta generalizada respuesta inicial hacia las víctimas surge de una necesidad básica, en todos los individuos, de encontrar un explicación racional para los...crímenes violentos. La exposición a una conducta sin sentido, irracional y brutal hace que la persona se sienta vulnerable e impotente...La comunidad posee otras actitudes que bloquean la respuesta de compasión...una es el primitivo temor a contaminarse de la infortunada víctima. La consecuencia de esta respuesta primitiva de temor, es aislar o excluir a la víctima” (pp. 218)

Por esta razón, es que en muchos casos, los amigos y parientes de la víctima actúan de manera poco compasiva, y esto obviamente complica o simplemente impide que la víctima resuelva la experiencia de agresión.

Por otro lado, otras personas cercanas prefieren racionalizar el motivo de por qué fue atacada y de esta manera se convencen de la existencia de una razón específica para lo sucedido. Y cuando la víctima escucha tales racionalizaciones, éstas solo refuerzan su autoinculpación; logrando que se sienta responsable de lo ocurrido y este sentimiento surge aun en las etapas iniciales del periodo post-trauma.

Es importante señalar que las víctimas piensan constantemente en aspectos “si tan sólo” de lo acontecido y si sumado a esto los parientes y amigos tiene pensamientos que desvían la responsabilidad del crimen hacía la víctima, lo único que se logra es profundizar la depresión inicial y demorar la recuperación y esto puede conducir a preguntarse “¿Por qué a mí? Y casi en automático se puede generar la respuesta “fue tu culpa”.

Otro error parecido, que se comete con frecuencia y retrasa o impide la recuperación de la víctima es decir “olvida lo sucedido”, “piensa en otra cosa” o “imagina que no ocurrió”; estos son ejemplos de lo que no se debe hacer “minimizar el conflicto”, puesto que podría volverse más grave.

Pues si bien es cierto es que una víctima no puede olvidar como un acto de magia al terminar de contar “tres” el acontecimiento traumático y esa clase de comentarios puede ocasionar un aislamiento de la víctima en el momento en que más comprensión necesita y si no se tiene el cuidado pertinente se puede provocar en la víctima un enmascaramiento de emociones.

Ahora bien, las víctimas necesitan sentir que quienes les rodean son individuos que poseen autocontrol y son capaces de protegerlas; necesitan recuperar con urgencia su ambiente, mientras tratan de enfrentar el caos que el ataque ha creado en sus vidas, por tanto la labor del terapeuta es tratar no sólo a la

víctima, sino a las personas significativas en su vida, con el fin de que los demás no digan o hagan cosas que, sin saberlo, entorpezcan la recuperación.

Tomando en cuenta que es muy raro que la víctima solicite la intervención de un profesional, y cuando lo hace, suele estar matizada y muchas veces condicionada por una serie de sentimientos y temores específicos, a continuación se describirá el ciclo de respuesta y recuperación del trauma según Sullivan y Everstine (1992):

En este ciclo, primero, se analiza una respuesta de la víctima hacia la situación inmediata posterior al ataque, seguida de una discusión del ciclo de recuperación, es decir, en la mayor parte de los casos, la víctima se hallaba ocupada en sus actividades cotidianas cuando ocurrió el ataque (de una manera inesperada), así la víctima es presa de la incredulidad, la mente se agita mientras trata de entender la situación. La sensación de incredulidad surge debido a que la mente, de una manera primitiva, necesita disipar la confusión fingiendo que lo que ocurre no es real, y cuando la fría realidad se hace presente, aparece una etapa durante la cual el efecto de la víctima se congela.

Es decir, todas las funciones cognoscitivas se concentran en una cosa "la supervivencia". Sumado a esto, la localización del ataque puede tener un papel importante en el grado del trauma experimentado por la víctima, las personas que duermen tranquilas en su cama y son despertadas por un individuo que apunta un arma contra su cabeza suelen sufrir un trauma más intenso que quienes sufren un ataque en un lugar público, como una calle por la noche, en el transporte (donde quizá pudieron anticipar alguna clase de problema).

En ciertos lugares, la gente supone que se encuentra segura y protegida y cuando dicho sitio es violado, la experiencia suele ser muy desgarradora. Así, la mayoría, después del ataque, entra en un estado de choque que le permite aislarse de la experiencia hasta cierto punto y suele confundirse con una actitud de tranquilidad.

Posterior a esta etapa, la víctima se encuentra en un estado de depresión debido a que muy pocas pueden expresar ira poco tiempo después del acontecimiento. Hacia el final de esta la víctima a menudo presenta cambios intensos de ánimo, además durante la primeras etapas, la persona puede sentirse muy ansiosa por su equilibrio mental y preguntarse si alguna vez volverá a ser “normal”, y es a lo largo de estas fases, en donde el terapeuta debe tranquilizar al paciente, en el sentido de que todo lo que sucede forma parte del proceso normal de recuperación, el cual pasará con mayor rapidez si no trata de resistirse.

Después de la etapa depresiva, se entra en una fase de ira activa, la cual puede ser bastante destructiva si el atacante no ha sido aprehendido, este el momento en que la víctima puede desplazar su ira hacia un objeto más seguro, como un ser amado, o amigo y estas personas significativas necesitarán ayuda para comprender por qué son atacados por la víctima.

En seguida de la fase de ira, las víctimas entran en un periodo filosófico durante el cual analizan el acontecimiento y su significado. Durante esta fase de reflexión, la víctima se percata de que ya no es la misma persona de antes, medita en lo que esto puede significar a futuro, es decir, el paciente necesita apoyo para expresar su ira contra el agresor y el terapeuta puede ofrecerle la seguridad de que esa ira no provocará una venganza.

Finalmente, la víctima procede a un periodo de “dejar en paz”, en el cual la experiencia es convertida en un desagradable recuerdo, en ese momento, la persona acepta que su vida ha cambiado debido al acontecimiento.

En una víctima de la violencia jamás podrá olvidar lo sucedido, pero logrará poner el acontecimiento en la perspectiva correcta, aprenderá a vivir con el recuerdo, pero sin que éste lo haga sufrir y para poder llegar a nueva filosofía de vida, es necesario pasar por una serie de etapas que ayuden a comprender que lo ocurrido no fue culpa de la víctima y que de ninguna manera estará solo en este proceso y finalmente se conseguirá un nuevo comienzo. Además de que las víctimas de algún delito, haya o no agresión física, si no se le da una

ayuda inmediata se podrían generar dificultades psicopatológicas, causadas por la crisis.

Así, se esperaría que esta primera ayuda psicológica pueda ser brindada por los servidores públicos y agentes policiales, por la cercanía con este tipo de delitos y con los transeúntes, en donde puedan brindar apoyo inmediatamente de manera ética y flexible, pero sin olvidar que ésta no es exclusiva y puede ser otorgada por cualquier persona.

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE UN TALLER: INTERVENCIÓN EN CRISIS EN VÍCTIMAS DE ASALTO.

Como se ha visto, México transita por una ola de violencia que afecta a la mayoría de los ciudadanos por los delitos que a diario acontecen y que parecen ser “comunes”, pero no por ello menos importantes: asaltos en la vía y el transporte público.

Estos delitos han dejado de percibirse por su cotidianeidad, dando la impresión que tiene poco impacto en las víctimas.

Sin embargo, este tipo de delito, a pesar de caracterizarse por ser robo de bajo monto, es el más padecido por gran parte de los ciudadanos (Arellano, 2004) y lamentablemente, es uno de los menos denunciados.

Ahora bien, el no denunciar este tipo de asalto, indica un déficit en atención a las víctimas de este tipo de delito, es decir, hace falta orientar a los servidores públicos que tienen (o se pretende que tengan) un contacto inmediato con las víctimas a brindar una primera ayuda psicológica, la cual debe ser inmediata, corta y flexible, en donde la víctima pueda desahogar y enfocarse en las preocupaciones inmediatas, esto de igual manera se esperaría de los profesionales de la salud, quienes en caso de agresiones físicas son quienes tienen contacto con la víctima.

Así pues, el objetivo de este trabajo es diseñar un taller para servidores públicos que les permita brindar una primera ayuda psicológica a víctimas de asalto.

4.1. Intervención en crisis realizada por la policía: Primera Ayuda Psicológica (PAP).

Se conoce mejor a la policía por su responsabilidad de lucha contra el crimen, sin embargo Slaikeu (1988) mencionan que el 80 a 90% del tiempo, los

oficiales emplean el tiempo regular en mantener el orden de las actividades y la mayoría implican intervención en crisis.

Estas actividades engloban peleas familiares, ayuda a personas con trastornos mentales, ciudadanos bajo la influencia del alcohol y drogas, intentos de suicidio, víctimas de accidentes, asalto y/o violación.

Comúnmente, las personas acuden a la policía cuando se enfrentan con situaciones trastornantes, pues las comunidades y los ciudadanos dependen en gran medida del auxilio policíaco en situaciones de crisis, ya que se puede solicitar a cualquier hora del día o de la noche y son quienes acuden rápidamente, además de que están preparados para proporcionar ayuda en la escena y capacitados para manejar una situación violenta y lamentablemente, en estos casos el personal policíaco trabaja con recursos comunitarios limitados.

Por esta razón, es importante dotar a los servidores públicos con herramientas eficaces para enfrentarse ante una situación crítica y puedan así ayudar a la persona afectada brindando la PAP.

A continuación se hace una descripción de cómo desarrollarse en las cinco etapas:

A) ENFRENTAR LA ESCENA. Primero es necesario que el interventor se prepare mentalmente, es decir, antes de entrar a una situación de crisis, debe anticipar que en la realidad lo inesperado puede pasar y formular un plan de acción tentativo. Esta preparación psicológica, es una medida preventiva, pues cuando el interventor enfrenta la escena, el primer paso es observar y neutralizar las amenazas hacia la seguridad y va desde confiscar armas y separar objetos pesados, hasta separar a oponentes que se encuentren en la escena de manera inmediata.

B) CONTACTO PSICOLÓGICO. Ahora bien, el primer contacto psicológico, tiene como objetivo reducir las tensiones y calmar la situación y por tanto, se

sugiere que el oficial policíaco creé una impresión de “autoridad no hostil”, pues es importante evitar ser demasiado blando o cruel.

Para evitar ambas situaciones Goldstein (en Slaikeu, 1988) sugiere diez procedimientos para calmar a un ciudadano en crisis, sin embargo por la flexibilidad y rapidez que precisa la PAP, se proponen solamente seis, pues se tendrá muy en cuenta la experiencia previa de los participantes del taller de capacitación.

1. *Mostrar comprensión:* Primeramente, el servidor público tiene que tener un carácter flexible, no mostrar arrogancia, estar tranquilo para poder efectuar este procedimiento, si no se encuentra del todo tranquilo, puede pedir a un compañero que lo haga por él, o en un momento dado pedir a alguna persona que se encuentre cerca del lugar que le apoye, pues recordemos que cualquier persona puede intervenir durante la crisis.

Este procedimiento hace referencia a la empatía, punto principal de la primera ayuda psicológica, en donde se permite que la persona sepa por las palabras del interventor, tono de voz y expresiones faciales, que comprende lo que la persona está sintiendo en ese momento y se pueden utilizar expresiones como: “*Puedo ver lo enojado que se encuentra*”, o “*puedo imaginar lo espantoso que fue para usted*”. No debe olvidarse que el objetivo no es decir que una posición individual es correcta, en lugar de esto, el interventor debe mostrar que escucha lo que la persona está diciendo y sintiendo en ese momento.

2. *Modelar la conducta tranquilizante:* Aquí se pretende que el interventor modele un enfoque de tranquilidad a la intensidad de la situación. Esto incluye el tono de voz, expresiones faciales y gestos. En pocas palabras “quitarse el sombrero” y platicar con los oponentes en un tono de voz normal y con esto se espera que se transmita la calma, ya que la gente en crisis con frecuencia oculta lo que en realidad siente en ese momento por temor a la reacción de los demás.

Por esta razón el interventor debe estar tranquilo antes de interesarse por la víctima, se recomienda respirar profundamente diez veces, posterior a esto debe mostrarse atento a las necesidades que la víctima expresa, y esta a su vez al sentirse escuchada y comprendida comenzará a tranquilizarse, pues encuentra en el interventor “un salva vidas” que de primer momento le brindará estabilidad.

3. *Tranquilizar:* Aquí, el oficial puede expresar confianza sobre el resultado final, utilizando frases como: “*Usted puede resolver esto*”, o mencionar la habilidad de otros para ayudar: “*Los paramédicos sabrán cómo manejarlo*”, pues al iniciar esta conversación la persona en crisis será capaz de ver que esta situación pasará y que estará seguro, pues no se encuentra sola.

Es importante señalar, que este procedimiento va más allá de actuar para calmarse a sí mismo (interventor), el oficial policíaco proporciona a la persona en crisis, razones del porqué él también se debe tranquilizar, haciéndole saber que él está dotado de experiencia en casos similares y sabe cómo manejar esta situación, lo cual ayudará a la persona a considerar la confianza brindada, pues ya no se sentirá como un naufrago, de esta manera se podrá obtener información relevante para la policía e incluso se invita a la víctima a levantar una denuncia.

Se trata de empoderar a la víctima, haciéndole caer en cuenta que él tiene el control de la situación y que no está solo.

4. *Usar el humor:* Con algunas personas el humor puede ser eficaz para ayudar a alcanzar una perspectiva más exacta y menos seria de sus circunstancias actuales. Esta conducta puede comunicar a la persona, que el oficial no está muy trastornado por lo que sucede y puede moderar las emociones en una crisis caracterizada por sentimientos agresivos.

Sin embargo, se debe de tener mucho cuidado en usar el sarcasmo, pues esto sería una ofensa para la persona, y en lugar de aliviarla, se trastornaría más e inclusive podría tornarse agresivo hacía el interventor.

5. *Repetir y gritar más fuerte*: Con frecuencia los individuos se encuentran enojados, ansiosos, deprimidos o confundidos, sólo están “sintonizados” en sus propios sentimientos, suelen mostrar insensibilidad a los sentimientos, comunicación y aun de la presencia de otros. Pues como se vio anteriormente, se enfoca la atención hacía la emoción, más que al hecho.

Así, el oficial puede haberle repetido varias veces a la persona “*cálmate*”, pero cuando la emoción es de rabia, el oficial puede gritarle para que lo escuche.

Con este procedimiento debe de tenerse sumo cuidado, pues el interventor no debe descargar el estrés en la víctima, solo se usa un tono elevado de voz para hacer reaccionar a la persona, sin buscar ofenderla.

6. *Usar la confianza en otros*: El interventor, en este caso el oficial policíaco, puede pedir a otro individuo que le ayude a calmar a las personas. Puede ser otro oficial, miembro de la familia, vecino, etc.; quien quiera que sea, siempre y cuando el individuo en crisis le tenga confianza.

Finalmente, es importante señalar que solo a través de la experiencia, la policía puede saber cuál de los métodos es el mejor empleado en cada crisis, pues el oficial está familiarizado con cada uno de estos procedimientos tranquilizantes y permanece flexible en el intento por igualar el mejor método con los diferentes tipos de crisis y gente con la que se encuentra.

C) *EXPLORAR LAS POSIBLES SOLUCIONES*. Es importante preguntar a las personas sobre las posibles soluciones para resolver la crisis y al colocar las soluciones con el respaldo de los individuos, así la persona podrá ver que las soluciones están en sus manos y a su alcance, pero se debe hacer hincapié en

que para NO tomar decisiones descabelladas debe tranquilizarse, así el oficial da un mensaje implícito de confianza, reforzando su decisión, creando habilidades, que en un principio parecen estar muy escondidas.

D) TOMAR ACCIÓN CONCRETA. Ahora bien, si no existe peligro de muerte y la persona es capaz física y psicológicamente (es decir, que no esté bajo los efectos de drogas o alcohol) y no se ha cometido aún ningún crimen, entonces el interventor toma una actitud facilitadora con el individuo en crisis, el cual puede ser un apoyo verbal, brindando de esta manera una asesoría, legal o medica de primer contacto, haciéndole la invitación de asistir a un Ministerio Publico y levantar un acta. Teniendo en cuenta siempre que no es forzar a la persona, es invitarla y si esta no se siente capaz de hacerlo en ese instante, pues se le informará que es necesario hacerlo, y que en un segundo momento se le pedirá su declaración, así que ella decidirá en qué momento hacerla.

Ahora bien, si la persona necesita intervención médica y se rehúsa, se le debe hacer notar la importancia de cuidar su salud, esto se puede hacer en conjunto con los paramédicos y/o personal que brinde los primeros auxilios.

En el caso de la mediación, es importante:

- *Informar al individuo que el ayudante no puede resolver sus problemas y que debe hacerlo por el mismo.*
- *Debe evitarse sugerir soluciones.*
- *Pedir sugerencias a los individuos de cómo podrían resolver sus problemas.*
- *Evitar criticar las soluciones de los individuos, aunque no se esté de acuerdo con ellas.*
- *Proporcionar estímulo para que continúen.*

Por otra parte, la negociación, es vista como un procedimiento más directivo que la mediación, pues la negociación implica soluciones sugeridas o compromisos y de forma activa ayuda a los individuos a tomar una dirección.

Finalmente, la asesoría no sólo ayuda al individuo a comprender sus sentimientos y expectativas, sino que brinda la oportunidad al interventor de ofrecer sugerencias sobre lo que el individuo puede hacer para resolver el problema.

E) SEGUIMIENTO. Como todos los contacto de la primera ayuda psicológica, el objetivo del seguimiento en la intervención en crisis por la policía, es descubrir si las medidas de acción puestas en movimiento durante la intervención tuvieron el efecto deseado en los días subsiguientes, aunque, lamentablemente, no se tendrá el tiempo para dirigir el seguimiento. En este punto es importante hacer mención que la persona debe levantar un acta declaratoria de los hechos, pues debe fomentarse la denuncia de los actos delictivos para que estos puedan en un futuro ser menos.

Pues bien, la propuesta del taller de capacitación está dirigido al personal policíaco que patrulle y se encargue de la seguridad pública en las calles, servidores públicos y voluntarios, dotándoles de las herramientas básicas de la primer ayuda psicológica, basándose en la experiencia personal de cada uno de ellos, la cual nutrirá sustancialmente el taller, pues al ya tener contacto con las víctimas, se les orientará a ser flexibles y empáticos con la víctima.

Así, el taller constará de 6 sesiones, con duración aproximada de 60 minutos, con diversas actividades, tales como son las exposiciones, psicodrama, role-playing, imaginación, lluvia de ideas, mapas mentales, discusión y análisis sobre los temas, con el objetivo de orientar a los participantes que tengan o pudiesen tener contacto con las víctimas de asalto, a brindar una primera ayuda psicológica inmediata, flexible y enfocada en las preocupaciones de la persona.

El contenido de las sesiones dará inicio con el tema de Intervención en crisis, siguiendo con el tema de víctimas de la delincuencia, para poder aterrizar a la intervención en crisis en víctimas de asalto, enfrentándose a la escena y realizando el contacto psicológico visto en la teoría.

A continuación se desglosa el contenido del taller, las actividades, técnicas, tiempo y objetivos de cada sesión.

4.2. Propuesta del taller: Intervención en crisis en víctimas de asalto.

Sesión	Contenido	Actividad	Técnica	Objetivos	Tiempo
1	<p>INTERVENCIÓN EN CRISIS</p> <p>1.4. Definición de crisis.</p> <p>1.5. Tipos de crisis.</p> <p>1.2.1. Crisis del desarrollo.</p> <p>1.2.2. Crisis circunstanciales de la vida.</p> <p>1.6. Intervención de primer orden.</p> <p>Primera Ayuda Psicológica. (PAP)</p> <p>1.4 Intervención de segundo orden</p>	<p>-Se proporcionará a los participantes material bibliográfico, el cual será revisado en conjunto con el coordinador y la presentación en power point.</p> <p>- El coordinador expondrá la importancia de la PAP y las cinco fases que la integran.</p> <p>-Se les otorgará a los participantes una lectura con un caso, identificará el tipo de crisis y explicará la intervención que se realizará.</p>	<p>-Exposición.</p> <p>- Mapa mental.</p> <p>-Exposición.</p> <p>-Lluvia de ideas.</p> <p>-Discusión y análisis de los componentes de la primera ayuda psicológica.</p>	<p>-Examinar las características, componentes del modelo de intervención en crisis.</p>	60 minutos.
2	<p>2. VÍCTIMAS DE DELINCUENCIA: Asalto en vía y transporte público.</p> <p>2.1 Delincuencia y violencia social en México.</p> <p>2.2. Asalto en vía y transporte público: víctimas y delincuentes</p> <p>2.3. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas.</p>	<p>-Se le pedirá a cada participante que exponga un caso en el que haya participado de manera activa y haya tenido contacto con víctimas de asalto.</p> <p>-Se hará una mesa redonda para discutir acerca de la violencia social en México y la intervención de la policía.</p> <p>-Se elaborará un listado de las</p>	<p>-Exposición de experiencias de los participantes.</p> <p>-Cuadro de consecuencias.</p>	<p>-Analizar la baja tasa de denuncias que se perciben en el ministerio público.</p> <p>-Analizar las</p>	60 Minutos.

		<p>consecuencias sociales, físicas y psicológicas.</p> <p>- Discusión sobre la importancia del rastreo de las consecuencias.</p>		<p>consecuencias de las víctimas de asalto.</p>	
3	<p>3. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN VÍCTIMAS DE ASALTO.</p> <p>3.1. Intervención en crisis realizada por la policía. Primera ayuda psicológica.</p>	<p>- A través de una presentación en Power point se explicarán las diferentes técnicas aplicadas para este tipo de intervención.</p> <p>-Se realizarán lecturas en donde se puedan analizar las características del interventor.</p> <p>-Se hará una breve representación entre los participantes sobre la primera ayuda psicológica.</p>	<p>-Exposición.</p> <p>-Lectura.</p> <p>-Psicodrama.</p>		<p>60 Minutos</p>
4	<p>4. ENFRENTAR LA ESCENA.</p> <p>4.1 CONTACTO PSICOLÓGICO.</p>	<p>-Se hará un juego de roles (role playing) entre los participantes. Por parejas representarán la primera fase de la PAP. (el coordinador les mostrará como deben hacerlo).</p> <p>- Se explicarán los 6 procedimientos propuestos (mostrar comprensión, modelar la conducta tranquilizante, tranquilizar, usar el humor, repetir y gritar más fuerte y usar la confianza en otros)</p> <p>-Se relajará al grupo y se les pedirá que imagines que están ante una víctima de asalto y se pedirá que realicen el contacto psicológico y</p>	<p>-Role Playing.</p> <p>-Psicodrama.</p> <p>-Imaginería.</p> <p>-Relajación.</p>	<p>-Orientar a los servidores públicos y profesionales de la salud que tengan contacto con las víctimas de asalto a brindar una primera ayuda psicológica inmediata, flexible y enfocada en las preocupaciones de la persona.</p>	<p>60 minutos.</p>

		<p>su procedimiento (imaginación guiada).</p> <p>-Se realizara la discusión para saber como realizó el contacto psicológico y como se sintieron.</p>			
5	<p>5. EXPLORAR LAS POSIBLES SOLUCIONES.</p> <p>5.1 TOMAR ACCIÓN CONCRETA.</p> <p>5.2 SEGUIMIENTO.</p>	<p>-Se explicará y modelará como orientar a la víctima para que pueda observar las soluciones inmediatas y reales de la situación.</p> <p>- Se mostrará como guiar y acompañar a la víctima a tomar una decisión pronta.</p> <p>- Se explicará la importancia del seguimiento de la víctima y las dificultades de tal procedimiento.</p> <p>-Se pedirá a los participantes que platicuen en parejas acerca de estos puntos, respecto a su experiencia con víctimas y posteriormente representarán ante el grupo la posible solución que hubieran dado respecto a la PAP.</p>	<p>-Explicación.</p> <p>-Representación.</p> <p>- Lluvia de ideas.</p>	<p>-Orientar a los servidores públicos y profesionales de la salud que tengan contacto con las víctimas de asalto a brindar una primera ayuda psicológica inmediata, flexible y enfocada en las preocupaciones de la persona.</p> <p>- Desarrollar la flexibilidad de los participantes respecto a la víctima de un delito (asalto).</p>	60 minutos.
6	Cierre	<p>Se pedirá a los participante que realicen un periódico mural, resaltando las características de la PAP-</p> <p>-Se hará una mesa redonda para expresar qué es lo que se llevan del taller de capacitación y qué es lo que dejan.</p>	<p>-Periódico mural. (Revistas, resistol, marcadores, gis de colores, Papel Kraft, etc.)</p> <p>-Lluvia de ideas.</p>	<p>- Retomar la importancia de la PAP.</p>	60 minutos

CONCLUSIONES.

La importancia de capacitar personas para brindar una intervención en crisis, actualmente se fortalece por los diversos acontecimientos de la sociedad y más si en las instituciones de atención ciudadana no se cuenta con programas dirigidos a los servidores públicos que permitan la ayuda a víctimas de la violencia, y en este caso a víctimas de asalto en la vía pública.

Esto lleva a la creación de un taller de capacitación para servidores públicos y/o voluntarios, que permita acercarse en un primer momento a la víctima, pues aunque las cifras son realmente alarmantes por los altos índices de delincuencia, las denuncias son pocas, pues la atención deficiente y la falta de credibilidad por parte de la autoridad provocan en la población un sentimiento de desesperanza, ira y rebelión, donde las consecuencias son perceptibles a nivel social e individual, tanto físicas como emocionales, pues a nivel social, se busca hacer justicia por propia mano, creándose otro círculo de violencia y la reacción próxima es la generación de más violencia.

A nivel individual, las patologías presentes como la depresión, la desesperanza y el sentimiento de abandono es lo perceptible, además de la fobia a salir a realizar actividades comunes, que son reforzadas por el bombardeo de imágenes sangrientas y notas periodísticas, que mal intencionadas fomentan el morbo y el mal manejo de información que aterroriza a la ciudadanía día con día y que además ha logrado que dichas noticias sean vistas como cotidianas.

Por tal motivo, es necesario ver la otra cara de la moneda, ver a las víctimas, que al parecer se vuelven un dato cuantificable para las autoridades y simplemente se convierten en una cifra más, un dato más para un conteo. Esto no significa que los datos sean inservibles, pues gracias a este trabajo, se obtiene material acerca de las condiciones sociales del país, los cuales tienen un fuerte impacto individual en los ciudadanos.

Este impacto, es de orden psicológico, pues las consecuencias pueden llegar a ser devastadoras si no se realiza una intervención y al ser los asaltos un acto inesperado, rápido y estresante, requiere de atención igualmente rápida que disminuya los niveles de ansiedad y estrés por los que la persona está pasando.

Así, con la necesidad de capacitar a las personas que están insertadas en las instituciones para brindar un servicio de apoyo a las víctimas, se fomenta una cultura de prevención, pues al estar fuertemente expuestos a un asalto, el diseño de planes de intervención en dichas situaciones pueden permitir entender el comportamiento humano en dichos acontecimientos y dar alivio, seguridad y apoyo a las víctimas, además de disminuir el estrés en ese momento, pues de esta manera se le reintegra el lado humano a la víctima y deja de ser solamente una cifra más, además de asimilar la situación mediante una intervención en crisis de primer orden, de esta manera, al orientar a los servidores públicos y voluntarios a que tengan contacto con las víctimas de asalto podrían a brindar una primera ayuda psicológica inmediata, flexible y enfocada en las preocupaciones de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar M. J. y Vargas, M. J. (2010) Las funciones profesionales del psicólogo. *Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas*, (6) (1) Recuperado el 22 de Septiembre de 2011 de:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=61609&id_seccion=3767&id_ejemplar=6202&id_revista=166
- Arellano, T. E. (2005) *Los desafíos de la delincuencia en México (Incidencia delictiva y su impacto en la opinión pública)*, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Recuperado el 13 de Marzo de 2011 de:
<http://www.diputados.gob.mx/cesop/boletines/no6/LOS%20DESAFIO%20DE%20LA%20DELINCUENCIA%20EN%20MEXICO.pdf>
- Baca, E. & Cabañas, M. L. (2003) *Las víctimas de la violencia, estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela.
- Beck, S.J. (2000) *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Brocca, V. (1997) *La nota roja 1960-1969*. México: Grupo Editorial Siete.
- Caballo, V. (1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, México: Siglo XXI.
- Compas, B. E. (2003) *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Díaz, S. A. (2009) *Intervención en crisis con terapia de red para desastres naturales*. Trabajo no publicado de diplomado, UNAM-FES. ZARAGOZA. Recuperado el 15 de Marzo de 2011 de
http://132.248.9.9:8080/tesdig2/Procesados_tesis-2009/mayo/0643239/Index.html
- Erikson, E. H. (2000) *El ciclo vital completado*. México: Paidós.
- Gaceta Oficial de la Federación 22 de Abril de 2003. Recuperado el 13 de Mayo de 2011 en:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Diversos/DFDIVER22.pdf>

- García, M. E. (1984) *Introducción al estudio del Derecho*, México: Porrúa.
- Garfield, S. L. (1979) *Psicología clínica, el estudio de la personalidad y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Garrido, G. V. (1990) *Pedagogía de la delincuencia juvenil*, España: CEAC.
- González-Salas C. R. (1995) *La teoría del Bien jurídico en el derecho penal*, Pérez Nieto Editores, México: UNAM.
- Hudson, O'Hanlon W. & Weiner, D.M. (1993) *En busca de soluciones. Un enfoque en psicoterapia*. México Paidós.
- Hyman, S. E. & Cols. (1990) *Manual de urgencias psiquiátricas*. México Salvat.
- Jiménez, O. R. (2001) *La cifra negra de la delincuencia en México: Sistema de Encuestas sobre victimización*, Instituto de Investigaciones sociales, UNAM. Recuperado el 13 de Marzo de 2011 de: <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/479/17.pdf>
- Kazdín, A., E. (2001) *Métodos de Investigación en psicología clínica*. México: Prentice-Hall.
- Madrid, S.J. (2005) *Los procesos de la relación de ayuda*. España: Desclée De Brouwer.
- Marchiori, H. (2002) *Criminología de la víctima del delito*, México: Porrúa.
- Muñoz, M. (1998) *Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual*. En J.F. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz. *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. Madrid: Pirámide.
- Musicante, R., Schenquerman, C. & Tradatti, A. (2005) *Intervención en crisis, ¿Encuadre o dispositivo analítico?* Argentina: Editorial Brujitas.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2001) *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.

- O'Hanlon, B. (2005) *Creecer a partir de las crisis*. México: Paidós.
- Phares, E. J. (1996) *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Rivera, A. (2010, 18 de abril). Robo a transeúntes el que más se registra. *Milenio Diario Online*. Recuperado el 5 de Octubre de 2011 de: <http://impreso.milenio.com/node/8752694>
- Rodríguez, C. C (2007) *Las víctimas del delito en el distrito federal, historia y proyección*, México: Porrúa.
- Rodríguez, C. L. y Salinas, R. J. (2008) Evaluación de un curso de psicología clínica de la FES Iztacala, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, (11) (3) UNAM-FES Iztacala. Recuperado el 25 de septiembre de 2011 de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/18558>
- Romero, O. (2010, 12 de junio). En el Valle de Toluca incrementó el hurto a transeúntes. *Milenio Diario Online*. Recuperado el 5 de Octubre de 2011 de: <http://impreso.milenio.com/node/8782600>
- Rubín, W. B. & Bloch, E.L. (2001) *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. España: Descleé de Brouwer.
- Ruiz, S. J. (1990) *Reflexiones psico-pedagógicas sobre la delincuencia: Prevención y Tratamiento*. Pedagogía social: revista interuniversitaria. Recuperado el 1° de Mayo de 2011 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2577278>
- Sánchez, E. P. (2008) *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Slaikeu, Karl. A. (1988) *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2004) *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Sullivan, E. & Everstine, L. (1992) *Personas en crisis, intervenciones terapéuticas estratégicas*, México: PAX.
- Tartar -Goddet, E. C. (2005) *Convivir con la violencia cotidiana*, Bilbao: Mensajero.
- Vázquez, V. C. (2003) *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Editorial Síntesis.

- Zambrano, J. (2011, 30 de septiembre). Linchamientos: reflejo de la desesperanza: Upaep. *Milenio Diario Online*. Recuperado el 5 de Octubre de 2011 de: <http://impreso.milenio.com/node/9035169>