



**UNIVERSIDAD LATINA S.C.**

**Universidad  
Latina**

**3344-25**

**“MODELO DE INTERVENCION PSICOLÓGICA A VICTIMAS DE DELITO VIOLENTO Y SU  
PROCESO DE DUELO (CASO PGJ DEL D.F.)”**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**Cristopher Barrios Monroy**

**ASESOR: DR. RENÉ ESTRADA CERVANTES**

**MÉXICO, D.F. JUNIO 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>3</b>
<b>EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. PUNTO DE PARTIDA METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. PROBLEMATIZACIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4.1 Objetivo General:.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4.2 Objetivos Especificos .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>15</b>
<b>EL DELITO Y SUS IMPLICACIONES PSICOLOGICAS .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1. INTRODUCCION .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. Historia del delito.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3. La teoría del delito.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4. Perspectiva clínica-psicológica del delito y sus consecuencias.....</b>	<b>21</b>
<b>2.5. CONCEPTOS PSICOLOGICOS Y EL DELITO VIOLENTO.....</b>	<b>24</b>
<b>2.6. EL DAÑO PSICOLOGICO .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>30</b>
<b>TEORÍA DE DUELO .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1. PRESENTACIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2. El proceso de duelo y el enfoque sistémico.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3. ETAPAS DEL DUELO .....</b>	<b>36</b>
<b>3.4. REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL DUELO .....</b>	<b>41</b>
<b>3.5. FACILITAR LA ELABORACIÓN DEL DUELO .....</b>	<b>42</b>
<b>3.6. Elaboración del duelo desde enfoque sistémico .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>46</b>
<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VICTIMA.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1. PRESENTACIÓN.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3. FASES PSICOLÓGICAS DEL DUELO .....</b>	<b>56</b>

4.4. Vulnerabilidad psicológica.....	58
4.5. PERFIL DE LAS VICTIMAS DEL DELITO .....	60
4.6 La psicoterapia breve y emergente, un modelo de intervención.....	63
4.7 Fundamentación teórica de la terapia breve .....	64
4.8 Metodología de la terapia breve.....	67
4.9. EL ENFOQUE SISTÉMICO .....	71
<b>CAPITULO V PROPUESTA: .....</b>	<b>75</b>
<b>DESARROLLO DEL MODELO DE INTERVENCION PSICOLOGICA A VICTIMAS DE DELITO VIOLENTO Y SU PROCESO DE DUELO. ....</b>	<b>75</b>
5.1. PRESENTACIÓN.....	76
5.2. PROPÓSITOS .....	77
5.3. FUNDAMENTACIÓN.....	77
Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la comunidad.....	77
5.4. MÓDULOS TEMÁTICOS.....	84
5.5. OPERACIONALIZACIÓN.....	93
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>100</b>
<b>REFERENCIAS CONSULTADAS .....</b>	<b>103</b>



## **INTRODUCCIÓN**

El delito violento tiene un impacto cognitivo importante en la víctima, creando una situación de estrés porque significa un daño y un peligro, lo que representa para la víctima directa y sus familiares, vivir con temor, angustia y ansiedad, ante la posibilidad de ser victimizada nuevamente. Además de la sintomatología, suelen estar presentes otros síntomas o trastornos, debido a que el impacto del acontecimiento traumático en el individuo puede ser tal, que repercute en diversas áreas de la vida de la persona: cognitiva, afectiva, familiar y social.

Con respecto al proceso de duelo, es un proceso natural por el que pasa todo individuo después de una pérdida afectiva, representa un trabajo psíquico para la reorganización, es decir un proceso de reparación y de cura. En el caso de las víctimas de delitos violentos, este proceso resulta complicado dada la situación en la que se presenta la pérdida, es decir por eventos como homicidios, accidentes violentos, suicidios y secuestros.

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

Se analiza el delito desde sus principios en la historia y la evolución que llevan las consecuencias hacia la persona tras un delito, sus implicaciones psicológicas y la manera en que el sujeto se vive y se percibe en un proceso de duelo y estrés postraumático.

Con respecto al perfil psicológico de las personas que atraviesan un proceso de duelo o delito violento se describe la problemática expresada en síntomas observables en lesiones somáticas, cognitivas emocionales y psíquicas.

En última instancia se propone un modelo de intervención para el saneamiento de las personas que vivieron un delito violento y la mejoría en las áreas afectadas de su vida, esta propuesta se centraliza en el modelo de terapia breve y emergente desde un enfoque sistémico.

**CAPÍTULO I**

**EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA  
INVESTIGACIÓN**

## **1.1. PUNTO DE PARTIDA METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

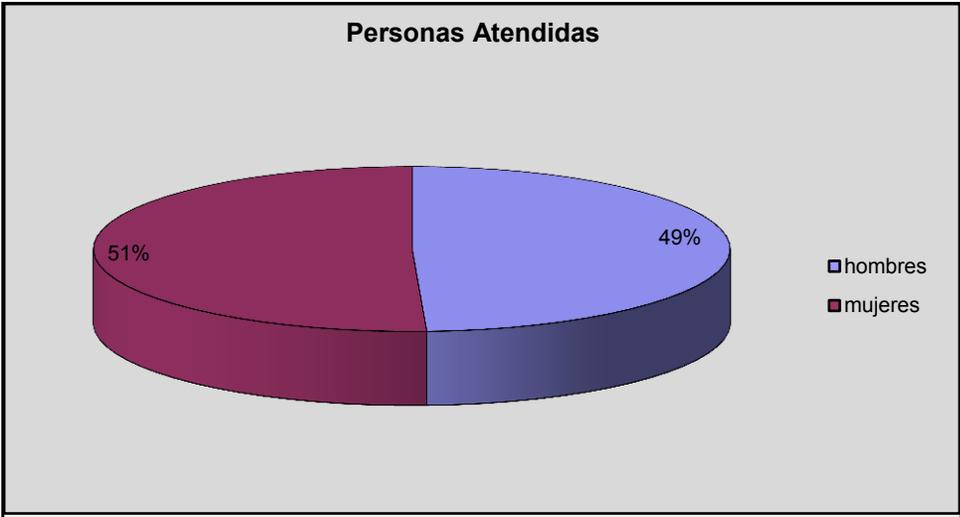
Los usuarios que llegan al Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento (ADEVI) han sido víctimas directas o indirectas del algún delito violento, acuden tanto hombres como mujeres, adultos y niños. En el Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI se atienden a las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

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

Los datos estadísticos que se obtuvieron durante el periodo de Junio a Enero de 2011 señalan que las víctimas que acuden al Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento (ADEVI) fueron 417 mujeres y 405 hombres, no existiendo mucha diferencia, por lo que se ve que tanto hombres como mujeres están solicitando los servicios del Centro (Gráfica

**Gráfica 1. Personas Atendidas en el ADEVI**

[www.pgjdf.gob.mx/index](http://www.pgjdf.gob.mx/index).



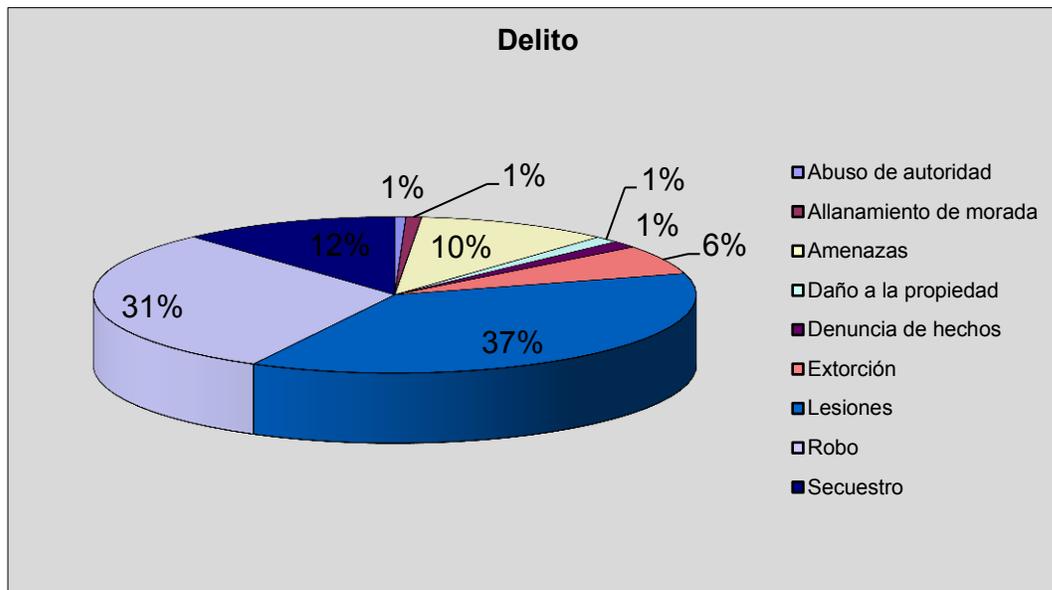
En cuanto a la edad los datos señalan que la mayoría de hombres y mujeres se encuentran en un rango de edad de 17 a 59 años, es decir jóvenes y adultos.

Con respecto al tipo de delito se obtuvieron los datos de las denuncias tanto de hombres como de mujeres:

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

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

[www.pgjdf.gob.mx/index.php](http://www.pgjdf.gob.mx/index.php)



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

Para esta situación delictiva en el país, la mayoría de los psicólogos no están preparados para responder ante un caso de esta magnitud, ni tienen el entrenamiento para poder atender de manera efectiva los diferentes casos de crisis emocional que presentan las víctimas de delitos violentos. Si bien hay instituciones encargadas para la atención a estas víctimas, debe de ser de primordial atención la preparación de los psicólogos en México para atender este problema, ya que la delincuencia ha ido en aumento, por lo que es importante atender a este segmento de la población por las repercusiones psicoemocionales que puedan causar dicho problema.

De igual manera, al ser tan alta la tasa delictiva en México, el número de instituciones encargadas para atención a estas víctimas es insuficiente, por lo que es necesario simplificar el proceso de atención psicológica a víctima de delito violento por parte de las instituciones encargadas de este tipo de situaciones, lo cual permitiría reducir el tiempo de crisis existencial presentada y la calidad en la atención, además de prevenir secuelas emocionales posteriores.

## 1.2. ANTECEDENTES

En general es conocido por la población mexicana que la violencia es un factor del cual nadie está exento. La PGJ (Procuraduría General de Justicia en el Distrito Federal) arrojó en 2012 que el 80% de la población ha sufrido en algún momento de su vida un delito. El 67% de la población mexicana ha sufrido en específico un delito violento, provocando la pérdida de un familiar, ya sea padres, madres, hijos, etc. ([www.pgjdf.gob.mx/index.php](http://www.pgjdf.gob.mx/index.php))

Los resultados de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2013 dados a conocer por el INEGI muestran: En una tercera parte (32.4% de los hogares mexicanos) hay al menos una víctima de algún delito; se denuncia poco más de la décima parte (12.2%) de esos delitos; únicamente se inicia averiguación previa en el 8% de los delitos cometidos, y únicamente se castiga el 1.6%, es decir, el 98.4% de los delitos queda impune. (Envipe, 2013)

El delito es definido como una acción típica, anti jurídica, imputable, culpable, sometida a una sanción penal, y a veces a condiciones objetivas de punibilidad. Supone una conducta infraccional del Derecho penal, es decir, una acción u omisión tipificada y penada por la ley. (Pina Vara, 2004 p.149)

Tras la definición de un delito y la repercusión social de este, con mayor frecuencia la atención jurídica y psicológica se ha brindado en específico a las propias víctimas de un delito, ofreciendo ayuda en las distintas instituciones jurídicas. Pero más allá de la víctima que ha sufrido en propia persona los daños del delito violento, se debe analizar las repercusiones que se generan en el núcleo familiar por este mismo, y el proceso en cual se ven inmersos los familiares en forma de un proceso de duelo.

Tradicionalmente las legislaciones de los distintos países en el mundo han contemplado al delincuente ignorando a la víctima, sin tomar en cuenta que la victimización puede provocar daños severos que en muchas ocasiones son de difícil o imposible reparación ya que, penetra el nivel más profundo de la integridad de una persona, no solamente en su aspecto físico, sino en su estado emocional alcanzando a sus relaciones sociales y familiares, su situación económica y hasta jurídica en la mayoría de los casos.

El abandono de las víctimas, la violación a sus derechos humanos, la ausencia de una política criminal efectiva, la impunidad, y la inexistencia de instituciones victímales suficientes y adecuadas, son razones para generar los mecanismos que se orienten a la búsqueda de propuestas concretas para su atención precisa y eficaz. En México el tema de los derechos de las víctimas del delito durante muchos años, ha padecido una desatención parecida al olvido; en toda la cadena procesal penal mexicana siguen siendo el eslabón más débil; ha sido neutralizada o excluida del derecho procesal penal.

Si bien es cierto que a partir de las reformas de 1993, al artículo 20 de la Constitución Federal, se elevaron a rango constitucional los derechos de las víctimas, y en el año 2000, se incorporó el apartado B denominado De la víctima o del ofendido, en la actualidad los servicios victimológicos que se proporcionan por algunas instituciones públicas y privadas, como ya se señaló, son insuficientes, y en algunos casos deficientes.

Aunado a lo anterior, existe una amplia variedad de convenios institucionales o acuerdos administrativos, leyes penales sustantivas y adjetivas, leyes orgánicas de las procuradurías de justicia y leyes especiales sobre la materia; lo que ha generado que la prestación de servicios victimológicos no sea uniforme y por tanto, la vigencia de los derechos de

las víctimas del delito y su aplicación sea ineficaz, otro factor influyente consta de que la mayoría de los centros asistenciales, proporcionan atención preferentemente a víctimas de violencia familiar y delitos sexuales, descuidando a las víctimas de delitos violentos.

### **1.3. PROBLEMATIZACIÓN**

El impacto y el estrés que significa la agresión en la persona de las víctimas son muy difíciles de establecer en su verdadera dimensión. El estrés delictivo puede conducir a conductas post-delictivas desencadenantes de nuevos comportamientos: Temor a salir cotidianamente de su hogar, imposibilidad de desempeñar sus labores, enfermedad física, trastornos psíquicos problemas sociales, desintegración familiar, conductas autodestructivas, encierro, intento de suicidio, suicidio.

Las consecuencias pueden aparecer inmediatamente después del hecho delictivo en el caso de las lesiones físicas mientras que las consecuencias psicológicas y sociales tienen una resonancia muy posterior a la fecha del delito. Son las secuelas en general extremadamente graves que deja el delito y que para víctima implican perturbaciones en su desarrollo psicológico y social. Las consecuencias del delito generalmente son: perdida o daño de objetos, lesiones físicas y psicológicas y muerte de la víctima.

Las consecuencias del delito están vinculadas con la índole de la violencia a sufrir, las características de personalidad de la víctima, la reacción de la familia y el medio social. Todas estas situaciones atenuarán la problemática presentada o por el contrario la agravarán. Por ejemplo: En el caso de una víctima de violación que se suicida, la muerte del padre víctima de un homicidio que provoca la desintegración familiar, los robos reiterados que sufre una familia, lo que la conduce a tomar medidas de seguridad y le provoca temor a participar en la vida comunitaria y social.

Las consecuencias varían según la gravedad del delito, y la personalidad de la víctima, pero se han podido determinar las consecuencias inmediatas y traumáticas, consecuencias emocionales y sociales y consecuencias familiares y sociales. Las consecuencias inmediatas y traumáticas delictivas comprenden estrés conmoción y desorganización de la personalidad de la víctima. También incredulidad, paralización temporal y negación de lo sucedido, terror, aturdimiento, desorientación sentimientos de soledad, depresión, vulnerabilidad y angustia.

Por otro lado las consecuencias emocionales y sociales son la secuela que siguen al estrés y la conmoción por el delito sufrido, es decir los nuevos síntomas que presenta la víctima, que pueden aparecer semanas o meses luego de sucedido delito estos implican grandes cambios en el comportamiento y la personalidad de la víctima, se observan sentimientos de tristeza, desconfianza, pérdida de identidad y dignidad, humillación, ira y rechazo familiar. Se puede observar que en algunas víctimas los síntomas se presentan después de un tiempo lo que se denomina reacción crónica retrasada.

El temor a delincuencia que presentan las víctimas afecta todos los aspectos de sus vidas y les impide realizar sus actividades, reunirse con sus amistades y esto acentúa su aislamiento. Las consecuencias familiares y sociales involucran de un modo determinante a todo el grupo familiar al cual pertenece la víctima. El daño y las secuelas están relacionadas con la gravedad del delito pero también fundamentalmente con el papel y la función de la víctima en el grupo familiar.

En todos los casos en que se produce un hecho violento existe daño, y por lo tanto la familia de la víctima se verá directa o indirectamente afectada, las

repercusiones dependerán de los múltiples aspectos del tipo de delito y de las dimensiones de la violencia sufrida. La familia, de la misma manera que la víctima sentirán miedo, angustia y temor a la repetición de la violencia, se puede identificar con la víctima en un auto confinamiento.

La respuesta institucional, la reacción social ante el delito de parte de la policía y la administración de la justicia serán importantes para tranquilizar a la víctima y por consiguiente a la familia. Una respuesta institucional indiferente provocara una mayor angustia agravando el daño iniciado con el delito.

Una familia consiente del sufrimiento causado por la violencia en la personalidad de la víctima respaldada por una actuación seria y responsable de la administración de la justicia será fundamental en la recuperación de la seguridad que ha sufrido por un delito.

Se debe tener en cuenta que para la situación delictiva en el país, la mayoría de los psicólogos no están óptimas condiciones para responder ante un caso de esta magnitud. Si bien hay instituciones encargadas para la atención a estas víctimas, debe de ser de primordial atención la preparación de los psicólogos en México para atender este problema de delincuencia con base en las repercusiones psico-emocionales que puedan causar dicho problema. Al ser tan alta la tasa delictiva en México el número de instituciones encargadas para atención a estas víctimas es insuficiente.

## **1.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

Con base en la información sobre como el delito violento repercute en las vidas de las victimas, y toda la temática que rodea esta situación se plantean las siguientes preguntas y se describen los objetivos para la realización de este trabajo:

- 1 ¿El proceso de atención para el delito violento de la PGJ DF es efectivo para el saneamiento de las victimas?
- 2 ¿De que manera el delito violento repercute psicológicamente en las personas y como se genera este problema?
- 3 ¿Puede la terapia breve contrarrestar la problemática generada a raíz de un delito violento?

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General:**

Analizar el proceso jurídico-administrativo que ha establecido la PGJ del DF para la atención a víctimas de delito violento, para identificar la efectividad de la labor del psicólogo ante situaciones de este tipo, que inciden en la pronta recuperación de la víctima.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Analizar la problematización del delito violento y las repercusiones psicológicas del estrés postraumático en las victimas de un delito
- Describir la importancia de la propuesta de intervención en terapia breve y su metodología para la futura atención psicológica.

## **CAPÍTULO II**

# **EL DELITO Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS**

## **2.1. Presentación**

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror en el sujeto e indefensión, ponen en peligro la integridad física y psicológica, y dejan a la víctima en tal situación emocional, que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales. Se cataloga como delito violento: Homicidio, suicidio, amenazas, robo, secuestro, lesiones, extorsión, denuncias de hechos, abuso de autoridad, allanamiento de morada, daño a la propiedad, las cuales traen como consecuencia procesos de Duelo y Estrés Postraumático,

Ya que el proceso de duelo se puede generar a través de un delito, debemos definir el delito violento como trauma y este supone una ruptura en el sentimiento de seguridad de una persona, y de igual forma, en el entorno familiar cercano. Más allá de sufrimiento de la víctima directa, queda alterada toda la estructura familiar. (Kilpatrick 2004; p. 69).

## **2.2. Historia del delito.**

La teoría del delito es el conjunto de instrumentos conceptuales aptos para determinar si el hecho que se enjuicia es el presupuesto de la consecuencia jurídica. También puede decirse que la teoría del delito es el medio técnico jurídico para establecer a quien se debe imputar ciertos hechos y quien debe responder por ellos.

Históricamente, se puede hablar de dos corrientes o líneas: la teoría causalista del delito y la teoría finalista del delito. Para la explicación causal del delito la acción es un movimiento voluntario físico o mecánico, que produce un resultado el cual es tomado por el tipo penal, sin tener en cuenta la finalidad de tal conducta. La teoría finalista del delito entiende la conducta como un hacer voluntario final, en cuyo análisis deben considerarse los aspectos referidos a la manifestación exterior de esa finalidad. La primera corriente considera preponderantemente los

elementos referidos al desvalor del resultado; la segunda, por el contrario, pone mayor énfasis, en el desvalor de la acción.

La evolución histórica de la teoría del delito muestra tres fases sobresalientes el esquema analítico del concepto neo-clásico del delito y por último el esquema del concepto de delito propio del finalismo.

Los sistemas de construcción analíticos del delito han sido productos de una lenta y gradual evolución, caracterizándose, por la elaboración del concepto del delito según los rasgos de la tipicidad la antijuricidad y la culpabilidad. Esto siempre fue así ya que en el antiguo derecho penal el punto de partida de concepto de delito era amorfo, entendiéndose el delito como un hecho dañoso hecho que causa perjuicio.

A mediados del siglo XIX la teoría del delito distinguía entre imputación objetiva e imputación subjetiva. Consecuentemente se establecía una clara distinción entre el aspecto material y el aspecto moral de los hechos analizados: el primero, objetivo, material o externo, estaba basado en la acción externa del hombre y el segundo, lo subjetivo o anímico, se fundamentaba en la relación psicológica existente entre el hecho y la persona. Se trataba en el fondo de una distinción entre injusto-objetivo y culpabilidad-subjetiva. (Bowlby, 2003; p 158).

El centro de esta definición lo constituía el acto, la acción entendida como un proceso causal, como un movimiento corporal que producía un cambio en el mundo exterior perceptible por los sentidos. Este acto debía ser, además, contrario a Derecho, es decir, antijurídico, concibiendo la antijuridicidad como una simple valoración del acto, del proceso causal externo. Con ello aceptaba el concepto de antijuridicidad objetiva, superando la confusión reinante en esta materia en el ámbito del Derecho Civil, este concepto había destacado que también la lesión objetiva de las normas jurídicas produce consecuencias jurídicas. Naturalmente no bastaba en Derecho penal con la valoración de ese acto, es decir, la culpabilidad concebida en un sentido meramente psicológico, como la relación subjetiva entre el acto y el autor, formando así las llamadas

formas de la culpabilidad, dolo y culpa, precedidas por la constatación de la capacidad psíquica del autor, la llamada imputabilidad.

Estas tres características: acción, antijuridicidad y culpabilidad, formaban la esencia del concepto de delito, aunque era necesario, además, añadir algunas características que condicionaban todavía el castigo, pero que no tenían nada que ver con el acto mismo ni con sus elementos, y que debían considerarse separadamente, las llamadas condiciones objetivas de punibilidad (condiciones de procesabilidad, ejemplo: el delito de contrabando que sólo es punible a partir de una cuantía mínima), las excusas absolutorias (inmunidad de los parlamentarios por las opiniones manifestadas en el ejercicio del cargo).

### **2.3. La teoría del delito**

La teoría del delito es un sistema de categorización por niveles, conformado por el estudio de los presupuestos jurídico-penales de carácter general que deben concurrir para establecer la existencia de un delito, permite resolver cuando un hecho es calificable de delito.

Esta teoría, creación de la doctrina basada en ciertos preceptos legales, no se ocupa de los elementos o requisitos específicos de un delito en particular como homicidio, robo, violación, etc., sino de los elementos o condiciones básicas y comunes a todos los delitos.

Se entiende por teoría del delito un sistema de hipótesis que se exponen, a partir de una determinada tendencia dogmática, los cuáles son elementos que hacen posible o no la aplicación de una consecuencia jurídico penal, a una acción humana.

La teoría del delito es un instrumento conceptual para determinar si el hecho que se esta juzgando da una consecuencia jurídico – penal previsto en la ley. El derecho penal es una ciencia práctica y también la teoría del delito tiene una finalidad práctica; la teoría del delito es una consecuencia apoyada en un método científico para fundamentar las resoluciones de los tribunales para la aplicación de la ley penal.

En cuanto a la teoría general del delito se establece que esta es la que se encarga del estudio de las características que debe poseer un hecho para ser clasificado como delito, fueran estos en el caso concreto una estafa, un homicidio, o una malversación de caudales públicos hasta un delito violento

Dentro de dichas características que son comunes a todos los delitos y otras por las cuales se diferencian los tipos de delictivos unos entre otros, un ejemplo seria hacer mención de una estafa con un hurto, cuyos actos delictivos son distintos entre si por las características que presentan, por lo tanto también las penas que les serán asignadas a quienes cometan estos actos delictivos serán de distinta

gravedad. Pero a su vez ambos ejemplos anteriormente planteados poseen a su vez características en las cuales son compatibles con todos los demás delitos y estos constituyen la esencia del concepto general de delito. (Pina, 2004; p. 25)

Los conceptos fundamentales de la teoría del delito dependen básicamente de que el derecho penal quiera referirse a hechos descalificados de alguna manera, o bien a los autores de ciertos hechos. Esta oposición es posible estructurar del Derecho Penal sobre el principio del hecho o sobre el principio del autor. En ambos casos, tanto como el concepto de delito como el de pena sufrirían modificaciones paralelas.

Sin embargo, no retrata de una oposición excluyente: En la historia del pensamiento penal se han dado diferentes intentos de síntesis que difieren entre sí por la intensidad relativa que se atribuye a cada principio en la elaboración del sistema penal. En el Derecho Penal, este es contemplado en primer término: lo primario es la lesión del orden jurídico o del orden social; el autor del delito, es decir, sus características personales, solo entran en consideración en forma secundaria. Ello significa que las características personales del autor carecen por sí solas de entidad para dar por cumplidos los presupuestos para la aplicación de una pena. Por lo general, dichas características personales se toman en cuenta si es que se las toma en cuenta en el momento de la individualización de la pena aplicable por el hecho cometido.

La definición del delito de un Derecho Penal de hecho podría encararse, en principio desde dos puntos de vista. Si lo que interesa es saber lo que el derecho positivo considera delito (problema característico del juez), la definición podría lograrse recurriendo a la consecuencia jurídica del hecho concreto; en este sentido, cetero delicto todo comportamiento cuya realización tiene prevista una pena en la Ley. Por el contrario, si lo que interesa es saber si determinado hecho debe prohibirse bajo la amenaza de una pena, esa definición no servirá, pues no podrá referirse a la pena, sino al contenido de la conducta. Dicho de otra manera: La definición del delito dependerá, en principio, de si lo que quiere caracterizarse son los comportamientos punibles o los merecedores de pena.

## **2.4. Perspectiva clínica-psicológica del delito y sus consecuencias**

La violencia implica un espectro amplio de acciones, que se pueden ejercer en diferentes niveles, ya sea afectivos, psicológicos, o en el cuerpo, pero también en la libertad o la capacidad de tomar decisiones. Es evidente que la violencia ocurre tanto en el nivel individual y familiar como en el plano más amplio de los grupos sociales y las instituciones del Estado.

Debido a la amplitud de hechos que se circunscriben en el concepto de violencia, existen riesgos para acotarlo y definirlo sin que esto conlleve algún sesgo. Dado lo anterior, como estableció la definición de violencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “El uso intencional de fuerza física o poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, subdesarrollo o privación.”

Los tipos de violencia que reconoce la OMS son:

- La auto-inflingida, que abarca la conducta intencional y dañina dirigida hacia sí mismo, donde el suicidio sería el tipo más extremo. Otros tipos incluyen la mutilación y la conducta para suicida, donde el intento es auto destructivo, aunque no letal.
  
- La interpersonal, que incluye las conductas violentas entre individuos, sin que estén organizadas o planeadas por grupos sociales o políticos. Este tipo puede clasificarse por la relación víctima-agresor, siendo clave distinguir entre la violencia doméstica (familiar e íntima), la violencia entre conocidos y la violencia entre desconocidos.

- La violencia organizada se refiere a la conducta violenta motivada por los objetivos políticos, sociales o económicos de un grupo social o político. En ella se incluyen también la guerra y la violencia de las mafias.

Todas estas formas de violencia pueden generar graves consecuencias en quienes las viven individualmente, pero también en la sociedad en su conjunto.

El estudio de la violencia desde el campo de la salud mental ha sido un eje de interés en diversas investigaciones, y es por eso la importancia de abordar este fenómeno, en un sentido amplio, y desde la perspectiva de la salud pública. Puede señalarse que la violencia es cada año la causa de muerte de alrededor de 1.6 millones de personas en el mundo, en su mayoría en edad productiva.

Además de las consecuencias fatales, existen también consecuencias graves debido a las lesiones por causas violentas, por lo que un porcentaje incalculable de personas sufre alguna forma de discapacidad, lo que representa una carga importante para el sistema de salud y económico de las distintas sociedades.

Dentro de las consecuencias como problemas de salud mental y psicosociales asociados a la violencia se pueden determinar los siguientes puntos:

- ✓ Consumo de alcohol y violencia:

Estudios llevados a cabo en salas de urgencias en el D.F. (Rosovsky, 2004; p 78) reportan una relación entre el consumo de alcohol y traumatismos, así como con riñas y asaltos. En los resultados de estos estudios, el consumo de alcohol se considera como factor de riesgo en accidentes y otros hechos violentos Sin embargo, los familiares de alcohólicos tienden a percibir que el alcohol provoca la violencia.

Dentro de los reportes de estudio explica que en las familias existe en general un alto grado de violencia verbal y física. Esta se vincula con los antecedentes de consumo de alcohol y otras drogas en la familia, y también con las experiencias de violencia en la infancia, habiendo una diferencia en el efecto en hombres y mujeres. La relación entre violencia familiar y adicciones, principalmente el consumo excesivo de alcohol, se ha reportado en otros trabajos como el de Medina-Mora y señalan que para los hombres, el riesgo de ingresar, en el D.F., a un servicio de urgencia por lesiones derivadas de actos violentos se incrementa casi 30 veces con el consumo de alcohol. Asimismo, con base en datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, los autores apuntan que 29% de los delitos violentos se efectúa bajo el insumo del alcohol.

### Problemas de salud mental y la violencia

El fenómeno de la violencia se ha abordado en relación con diversas problemáticas de salud mental, la cual en su conjunto abarca una amplia variedad de temas. Entre los estudios publicados cabe destacar primeramente los relacionados con la conducta agresiva y de delito

Cabe destacar los trabajo de González-Forteza psiquiatra de la ciudad de México, quien encuentra que en general los adolescentes con pensamientos agresivos se sienten estresados por la violencia de sus padres, mientras que las mujeres con pensamientos destructivos reportaron principalmente una baja autoestima y una falta de comunicación con su madre.

Por otro lado, esta misma autora ha encontrado una asociación entre la ideación de un delito, la sintomatología agresiva y el estrés en adolescentes por la violencia. Es importante señalar que para que se efectúe un delito antes debe existir violencia y esta se genera en primer instancia en los núcleos centrales de la educación.

## **2.5. CONCEPTOS PSICOLÓGICOS Y EL DELITO VIOLENTO**

El daño psicológico requiere ser evaluado también en las víctimas indirectas de los sucesos violentos, que son las personas que, sin ser directamente afectados por el hecho delictivo, sufren por las consecuencias del mismo. Es el caso, de las madres que han sufrido el impacto brutal de la agresión y asesinato de una hija o el de los hijos que se ven obligados bruscamente a readaptarse a una nueva vida tras el asesinato de su padre en un atentado delictivo.

Se debe tener presente que “En la muerte violenta de un ser querido existen, en un primer momento, sentimientos de dolor, tristeza, impotencia o rabia; en un segundo momento, de dolor e impotencia; final mente, de dolor y soledad.” (Finkelhor y Kendall-Tackett 2005; p.158) Es decir que el cambio tan intempestivo que presenta la persona, es un cambio inesperado y produce secuelas observables y daño psicológico.

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las lesiones psíquicas agudas producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado: y por otro, a las secuelas emocionales que persisten en la persona de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana. En uno y otro caso el daño psíquico es la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y adaptación de la víctima a la nueva situación.

Los daños psíquicos en víctimas de delito violento se expresan en los siguientes puntos:

- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza culpa o ira.
- Ansiedad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso,
- Depresión.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y desesperanza experimentados.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
- Hostilidad, agresividad, abuso de drogas.
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional. aislamiento)
- Aumento de la vulnerabilidad con temor a vivir en un mundo peligroso y pérdida de control sobre la propia vida.
- Cambio drástico en el estilo de vida con miedo a acudir a los lugares de costumbre necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual

A raíz de estos puntos revisados el daño psíquico representa en la persona una alteración significativa en su entorno social y psíquico, repercutiendo en su vida diaria e impidiéndole desempeñarse adecuadamente.

En el caso de heridas físicas como consecuencia del delito violento, el daño psicológico adicional es mayor que si no hay lesiones físicas. Sin embargo, los heridos graves tienen con frecuencia un mejor pronóstico psicológico

que los más leves porque se les conceptualiza más fácilmente como víctimas y cuentan por ello, con un mayor grado de apoyo social y familiar. Por lo que a las víctimas indirectas se refiere el daño psicológico experimentado es comparable al de las víctimas directas, excepto que éstas hayan experimentado también lesiones físicas.

En el caso del delito violento, la gravedad psicopatológica de la víctima indirecta es mayor cuando la víctima directa sobrevive al atentado, pero queda gravemente incapacitada y requiere grandes cuidados, que cuando ésta fallece.

## **2.6. EL DAÑO PSICOLÓGICO**

El daño psicológico se presenta habitualmente en fases. En una primera etapa suele surgir una reacción de sobrecogimiento, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento general, caracterizado con pensamientos de incredulidad y una pobreza de reacciones.

En una segunda fase se da en medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de shock, se abren paso vivencias afectivas de un colorido más dramático con base en los síntomas ya nombrados.

Por último, hay una tendencia a re experimentar el suceso ya sea espontáneamente o bien en función de algún estímulo concreto asocia un ruido, un olor, etc. Toda esta serie de sintomatología puede verse expresada en el sujeto como estrés postraumático. (Blair, 2005; p 96).

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

Es importante reconocer los diferentes síntomas que puede presentar la víctima, los cuales le impiden continuar su vida cotidiana de manera normal;

dichas víctimas ven alterada su sensación de seguridad que todos poseemos, una víctima no puede olvidar a voluntad el acontecimiento traumático y comentarios como: “Olvida lo sucedido”, “Piensa en otra cosa”, “Hubieras hecho” o similares, pueden ocasionar un ulterior aislamiento de la víctima en el momento en que más comprensión necesita.

Tras analizar estos puntos debemos conceptualizar que el daño psicológico debe ser detectado oportunamente y de manera específica para contrarrestar el daño generado a través de un delito.

En el ADEVI los psicólogos se enfocan en la detección de la sintomatología que rodea al proceso de duelo y el delito violento para su detección utilizan el siguiente equipo:

#### Material y equipo del ADEVI

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

- Protocolo de reporte de sesión: en el cual se anotan los datos de las personas que asisten a terapia, así como datos personales y la relatoría de las sesiones a las que asiste.
- Protocolo de valoración psicológica de duelo: se manejan los síntomas y características del perfil que se elaboro en el ADEVI.
- Protocolo de valoración psicológica de estrés postraumático: se manejan los síntomas y características del perfil que se elaboro en el ADEVI.
- Protocolo de resultados de pruebas psicológicas: en este se anota los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas ( Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test de los colores de Max Lüscher,

HTP, Test Gestaltico Visomotor de Laureta Bender, escala de Depresión de Zung, Test de la familia)

- Expediente psicológico
- Hojas blancas
- Manuales de pruebas proyectivas como:
- Test de la figura humana.
- Test de los colores.
- H T P. Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo.
- Test Gestaltico Visomotor de Laureta Bender
- Escala de Depresión de Zung
- Test de la Familia
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV)

# **CAPÍTULO III**

## **TEORÍA DE DUELO**

### 3.1. PRESENTACIÓN

En la actualidad se habla y escribe diariamente de la violencia y en especial de su principal consecuencia: la muerte. La recurrencia en el tema de la muerte proviene de un espectro de posturas con consideraciones diversas y divergentes sobre lo que ésta entraña (Blair, 2005; p 96).

El Duelo es un proceso natural en todo individuo, cuando se implica una pérdida afectiva y un trabajo psíquico para la reorganización después de la pérdida, es decir un proceso de reparación y cura. La palabra “duelo” viene del latín *dolore*, que significa “dolor”. Por lo que el proceso de Duelo es un conjunto de reacciones de ajuste, adaptación y transformación necesarias para poder vivir sanamente y de manera autónoma después de la pérdida o del fallecimiento una persona significativa. (Blair, 2005; p 98).

Para el caso concreto de la psicología, la preocupación por la muerte ha redundado en un acto por comprender las múltiples dimensiones que se hacen manifiestas en esta situación, buscando reconocer, favorecer o movilizar las potencialidades humanas que la hacen comprensible y su papel en el duelo que afrontan las personas sobrevivientes. En este sentido, la psicología, ha promovido comprensiones de la situación de muerte propicias para unos tiempos en los cuales no son suficientes los recursos que las sociedades y las culturas han utilizado desde siempre para hacerla admisible a los dolientes, y que básicamente provenían de las estructuras del discurso religioso. (O'Connor 2004 P.78) Así, diferentes disciplinas se han encaminado a integrar las dimensiones que median no sólo en las concepciones del morir, sino en las formas del duelo.

En relación con el duelo, concretamente, esta integración ha buscado reconocer las conexiones que existen entre las reacciones orgánicas asociadas a la muerte de un sujeto, las implicaciones individuales que estas

reacciones acarrear, los mecanismos culturales que las hacen comprensibles para un colectivo y las mediaciones sociales que las hacen tratables.

Al respecto, se ha comprobado que la situación de una muerte, entendida como un dolor psíquico que experimentan los seres humanos cuando pierden a alguien cercano, interfiere fisiológicamente presentándose, entre otras reacciones, alteraciones orgánicas, como problemas respiratorios, palpitaciones, sudoraciones y trastornos del sueño y del apetito. Estas alteraciones no son causadas por la situación de una muerte, pero sí están relacionadas con ella. (Maturana, 2009; p.115)

En el caso específico de la muerte súbita o violenta de un ser querido, diferentes teóricos han sustentado que en el proceso de vivenciar una pena, (es decir, en el duelo), así como en la elaboración del mismo, se presentan con frecuencia síntomas específicos indicadores de crisis. Tales síntomas pueden ser la depresión severa o crónica sentimientos de culpa, el desarrollo de hábitos de alcoholismo, ataques de pánico, conductas agresivas e incluso suicidio (Grollman, 2008; p 215)

Es evidente que la muerte de un ser querido, en especial aquella inesperada y violenta activa una serie de afecciones, emociones y vivencias que se pueden constituir en determinados contextos en factores perturbadores de la calidad de vida de una persona, en especial cuando ésta se rinde a la opción de re significar esta situación de muerte. Cabe señalar que vivenciar un duelo no implica características patológicas ni tampoco que la persona que lo padece esté sometida a una enfermedad, se trata, por el contrario, de un proceso que compromete las formas de significar la existencia.

En el caso de las víctimas que viven un delito violento, este proceso suele ser más complicado por la situación en la que se presenta la pérdida, como homicidios, accidentes violentos, suicidios y secuestros. El duelo tiene diferentes etapas las cuales se distinguen por un conjunto de reacciones, que no siempre se presentan con un orden, pero normalmente tienden a suceder unas tras otras, en algunos casos se presenta un retroceso a etapas que ya se había considerado superadas, esto depende del tipo de duelo por el que se esté atravesando y de los recursos personales de cada individuo, sin embargo en la medida en que se trabaja terapéuticamente con los casos, estos retrocesos tienden a disminuir. (Resnick, 2005; p 118).

### **3.2. El proceso de duelo y el enfoque sistémico.**

En relación específica con la muerte, se puede decir que todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren en el período que sigue a la muerte de alguien afectivamente importante se conocen como proceso de duelo.

En este sentido, se puede afirmar que el duelo se entiende como un dolor psíquico y también como un desafío a la estructura establecida, un desafío a producir una recomposición significativa que le permita al deudo disponer de la falta instituyente, recreando una nueva realidad

La muerte inesperada, violenta o súbita deja a los dolientes en un sinsentido, en una doble significación: por una parte, con la conciencia aturdida, desmayado el psiquismo, vulnerada la seguridad y, por otra, sin entender ni comprender el significado de lo acontecido, como vacío de respuestas (Grecco, 2008; p 126). Las personas que sufren el arrebató de una pérdida como ésta parecen sufrir de una herida abierta que les causa inmenso dolor psíquico y por tanto emocional. A su vez, esto los sitúa en el

escenario de las emociones donde afloran sentimientos de venganza, odio e impotencia entre los sobrevivientes, así como la necesidad apremiante de encontrar un culpable. El mismo autor señala que la muerte sorpresiva es un acontecimiento que no se metaboliza, incorpora y transforma en acción efectiva, que puede llevar al doliente a la rememoración dolorosa del hecho a través de los sueños y, en ocasiones, en plena vigilia.

En el duelo pueden presentarse ciertas respuestas emocionales en forma de etapas. Al conjunto de estas etapas se ha llamado proceso de duelo. En un primer momento, hay una reacción inicial de choque, donde algunas personas sienten una sacudida física ante la conmoción de descubrir que alguien cercano ha muerto. La noticia de la muerte invade en forma de sorpresa violenta, una experiencia que se intenta negar, amortiguar o adormecer. Los sobrevivientes que dan en un estado de entumecimiento e incredulidad que les permite aislarse temporalmente de la angustia que genera el deceso de alguien cercano. (Kübler-Ross 2005; p: 202)

Puede que aparezca, entonces, la negación asociada al impacto de la muerte, para luego, al estar lista la psique, empezar a conectarse con el dolor de la pérdida. La negación como mecanismo de defensa es útil, ya que permite a la psique acomodarse y asimilar lentamente, y no de un solo golpe, la nueva realidad. Este proceso puede ser una etapa por lo regular corta, en la cual el sobreviviente recurre a fantasías acerca de devolverle la vida a la persona muerta, asumiendo que todo ha sido un mal entendido y para ello proyecta recurrentemente fantasías que se desvanecen rápidamente.

En otros momentos del duelo puede aparecer el enojo como un sentimiento que se puede exteriorizar en forma de rabia o agresividad e internalizarse y experimentarse como depresión. El enojo se puede proyectar hacia las

otras personas en forma de reproches, poca tolerancia y resentimiento. En algunos casos, esto propicia conductas violentas encaminadas a liberar sentimientos de odio y frustración.

Cuando se reviste como depresión, el enojo es una autoflagelación, que conduce a sentimientos de desamparo, desesperanza e impotencia. Se manifiesta a través del llanto, del desánimo y del desapego. En ocasiones, se presenta la victimización del doliente asociada a discursos de fragilidad. Este tipo de rebusque emocional demanda un trato especial y consideraciones. La persona llega a sentir que es la única en vivenciar el dolor, queriendo en ocasiones obtener ganancias del sentimiento de conmiseración que despierta en quienes la rodean, ya sea obteniendo trato especial o cualquier tipo de concesiones. Aquí aparecen esos sentimientos de orfandad que están relacionados con una fuerte pérdida de autoestima, de no valer ni merecer nada, lo que puede llegar a fortalecer la depresión, traducida también en sensaciones de inutilidad en la vida y de hastío, así como en la incapacidad de tolerarse a sí mismo.

La culpa nace en la idea de que algo se pudo haber hecho y no se hizo, o la retractación de algo que se hizo, se pensó o se dijo. El sentimiento de culpa es un factor que puede retrasar significativamente el proceso de duelo. Sin embargo, la aceptación pacífica de la muerte de una persona cercana es una meta alcanzable donde se da el recuerdo sin dolor (Worden, 2007; p: 88).

### 3.3. ETAPAS DEL DUELO

De acuerdo a los autores (Kubler Ross, Bowlby, 2003) las etapas por las que puede atravesar una víctima en el proceso de duelo son:

- 1) Fase del Aturdimiento o embotamiento de la sensibilidad
- 2) Fase de Negación
- 3) Fase del Anhelo y búsqueda del objeto perdido
- 4) Ira, coraje, enojo.
- 5) Negociación.
- 6) Depresión
- 7) Aceptación

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

A continuación se describirán las fases del proceso de duelo:

#### Fase de Aturdimiento o embotamiento de la sensibilidad:

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

### Fase de Negación:

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

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

### Fase del Anhelo y búsqueda del objeto perdido:

Al cabo de unas horas o quizá algunos días después de la pérdida se comienza a percibir la realidad de la misma, es decir, que el sujeto da cuenta de la ausencia del fallecido y reconoce la falta de la cual produce una sensación de intenso anhelo, llanto y casi al mismo tiempo una gran inquietud, insomnio y pensamiento obsesivo respecto de la persona pérdida, que a veces se combinan con la sensación de su presencia concreta, y una acentuada tendencia a interpretar señales y sonidos como indicadores de que la persona ha vuelto.

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

igual a cuando venía del trabajo, o se oye un llanto de bebé”. En esta fase se busca y se intenta recuperar el objeto perdido.

### Ira, coraje, enojo:

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

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

### Negociación:

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

### Depresión:

Una vez que la persona ha pasado las diferentes etapas, tolerando el anhelo el análisis incansable de cómo y por qué se produjo la pérdida, y el coraje por todo aquel que se le considere responsable, sin excluir al objeto desaparecido, llega a aceptar e integrar en su vida de forma gradual que la pérdida es permanente y que es necesario dar una nueva forma a su vida.

De ahí se deriva la frustración de tantos impulsos que se habían vuelto habituales sin esa persona, existe un vacío, y así la vida no tiene sentido. Llega la depresión que aparece con la integración de la pérdida a la vida, y en esa medida, trae un cambio.

Hay desorganizaciones, perdemos estructura, es un momento de crisis, donde se ha descartado muchos de los patrones previos de pensamiento, sentimiento y acción, y también es necesario establecer otros nuevos, acordes a esta nueva etapa.

#### Aceptación:

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

En ocasiones la elaboración del duelo no sigue su curso normal y comienza a ocasionar malestar, provocando síntomas no relacionados con el duelo, podemos agrupar estos factores así:

- a) Identidad y rol de la persona perdida.
- b) Edad y sexo de la persona que sufre la pérdida.
- c) Causas y circunstancias de la pérdida.
- d) Personalidad del que sufre la pérdida y su habitual forma de establecer relaciones afectivas.

- e) Circunstancias psicológicas o estado de la relación en el momento de la pérdida.
- f) Circunstancias económicas y culturales.

Es importante que el sujeto realice cada una de etapas de este proceso, ya que están permiten que el duelo se elabore de forma concreta.

### **3.4. REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE EL DUELO**

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

-En el duelo crónico el tiempo de la elaboración es mucho mayor (3 y 4 años) al tiempo promedio que tarda normalmente (1 y 2 años) con la presencia de síntomas como: depresión, pérdida de interés por el mundo que le rodea, imagen negativa de sí mismo, del presente y del futuro como auto reproches y pérdida del sentido de la vida. También se presenta un anhelo intenso y continuo con deseos de morir para encontrarse con el otro. Hay enojo y amargura permanente, a veces con odio y deseo de venganza contra aquellos que se consideran culpables. (Hart y Gozne, 2008; p 50).

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

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

### **3.5. FACILITAR LA ELABORACIÓN DEL DUELO**

Grollman (2003; 98) postula cuatro grandes tareas que pueden facilitar la elaboración del duelo y superar los momentos expuestos anteriormente, cada una es prerequisite para la siguiente y son de gran utilidad práctica, pues permiten al profesional de la salud mental evaluar cada caso particular y detectar dónde se ubican los bloqueos y las fallas. Estas tareas son:

- ✓ **Aceptar:** Hace referencia a admitir la muerte como un final inmodificable. Lo opuesto sería negar la muerte o desconocer los detalles de la misma.
- ✓ **Reaccionar:** poder sentir y manifestar el dolor, la rabia, la impotencia, la angustia y la apatía que se pueden llegar a experimentar en estos momentos difíciles. Lo opuesto es reforzar el rol de fuertes e inquebrantables, rehusando aceptar la fragilidad humana, rol que exalta la cultura y por el cual se paga un alto costo emocional.
- ✓ **Readaptarse:** ubicarse en un ambiente que acepta el vacío que deja el que murió. Lo contrario sería renunciar a asumir nuevas funciones y responsabilidades o no cambiar nada del ambiente físico, dejando las cosas tal como estaban antes de la muerte después de pasados tres meses de pérdida.
- ✓ **Liberar la energía psicológica de la relación con quien murió:** en el sentido de reinventar proyectos para la vida y volver a amar. Lo contrario sería la muerte afectiva, sobreviviendo y renunciando a vivir.

Es importante tener en cuenta, al trabajar terapéuticamente con los sobrevivientes de una muerte súbita o inesperada, el nivel de idealización

que se hace de la persona muerta, ya que esto puede llegar a intensificar el dolor del duelo. El doliente selecciona los recuerdos positivos sobregeneralizándolos a todas las áreas de la vida de esa persona, bloqueando aquellas vivencias menos agradables que facilitan los sentimientos de culpa.

Otros dos componentes importantes en este fenómeno de la muerte súbita son el proceso de inhibición del psiquismo y la presencia de dolor moral. Por inhibición se entiende un proceso de retardación de las funciones psíquicas que trae como consecuencia una reducción del campo de conciencia de la persona y del dolor moral, y que se manifiesta como pérdida de valor e imagen, desesperanza y angustia por el mundo que rodea al doliente. Así, la muerte inesperada aparece como un acontecimiento sorpresivo, que conmociona y desborda, pero sobre todo como una experiencia que transforma y violenta la cotidianidad.

En este sentido, con la muerte súbita de una persona, un sistema familiar se ve en la necesidad de adaptarse en varios niveles de su funcionamiento, entre los que se incluyen la reorganización de los sistemas comunicacionales, las reglas, las nuevas jerarquías y la redistribución de roles. Cada cambio que sigue a la muerte de un miembro de la familia simboliza la muerte de la familia misma, siendo el objetivo primordial establecer una nueva familia nacida de la vieja. Por lo tanto, las personas necesitan tiempo para negociar estos cambios, ya que, en los momentos de pérdida el sistema corre el riesgo de estar amenazado con su propia desaparición (Blair, 2004 p. 122).

En este período de crisis, en una actitud defensiva del sistema, es posible que se dé un reagrupamiento de la familia, una intensificación relacional con la familia extensa, a la vez que disminuye la interacción con el entorno

### **3.6. Elaboración del duelo desde enfoque sistémico**

En el sentido del duelo dentro del funcionamiento de un sistema hace parte sustantiva del enfoque sistémico del duelo (Hart y Gozne, 2008; p 98).

Para el abordaje terapéutico sistémico, se plantean posibilidades para la elaboración de rituales y tareas terapéuticas, que comprenden tres fases preparación, reorganización y finalización con el fin de facilitar la adaptación de una familia a la realidad de muerte.

En la fase de preparación: se observa si es un solo miembro o son varios los que tienen problemas en la elaboración del duelo, conociendo a la vez si es una muerte esperada o inesperada. En este punto del proceso se reconoce si ciertos objetos, los llamados objetos vinculares, son reverenciados por el consultante o la familia y la función que están cumpliendo. Por lo general, estos objetos sirven para crear la ilusión de que quien murió sigue viviendo.

En la fase preparatoria, el psicólogo explica cómo se llevará a cabo el proceso psicológico. Es importante determinar si el consultante está muy motivado para una tarea que será emocionalmente ardua, siendo posible más de un encuentro por semana y llamadas telefónicas siempre que exista necesidad.

En la fase de reorganización: se trabaja la parte más dolorosa dentro del proceso terapéutico para el consultante, ya que se colocan al descubierto los sentimientos de desesperación, desesperanza o depresión. Durante esta fase los rituales ayudan al tránsito del período de duelo a la vida normal, toda vez que el deudo elabora a través del lenguaje la ausencia física y emocional que deja la persona que fallece. En este tipo de rituales terapéuticos, el psicólogo puede pedir al consultante ciertos objetos simbólicos que le unan a la persona muerta pidiéndosele que confiera a los objetos una importancia mayor y más visibilidad dentro de su contexto físico y cotidiano. El consultante puede crear poemas, cartas, esculturas, dibujos, que sirvan como símbolo del vínculo.

En la fase de finalización: se observan, además, tres partes que son ceremonia de despedida, rito de pureza y rito de reunificación. Este enfoque valora el conocimiento de la configuración global de la familia que reconoce la posición funcional que ocupaba la persona que falleció, el nivel general de readaptación vital, la etapa del ciclo de vida familiar, el rol que jugaba el difunto, la integración y expresión emocional y los factores socioculturales dentro de los cuales la familia se desenvuelve. Estos aspectos se consideran de gran ayuda en el momento de evaluación de este tipo de casos y su posterior intervención (Bowlby, 2003; p 56).

**CAPÍTULO IV**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA  
VICTIMA**

#### 4.1. PRESENTACIÓN

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

El trauma antecede al estrés postraumático y es la incapacidad de un sujeto para responder adecuadamente a la intensidad de un aflujo de excitaciones demasiado excesivo para su psique producido por determinado acontecimiento experimentado. El bloqueo de la actividad motriz externa (imposibilidad de reaccionar) aumenta la posibilidad del estrés postraumático. La función del Yo es evitar estos estados traumáticos, tamizar y organizar la excitación recibida descargándola motrizmente o ligándola a pensamientos y palabras.

Esto es posible debido a la capacidad del Yo para anticipar en su fantasía lo que va a ocurrir e ir preparándose para el futuro. Los hechos que no han sido anticipados y que son experimentados de una manera violenta e intrusiva originan grandes cantidades de excitación no controlada que las vuelven abrumadoras para la psique. Esta excitación es excesiva en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad para controlarla y elaborarla psíquicamente.

El trastorno por estrés postraumático es generado por los efectos patógenos duraderos que este incidente traumático provoca en toda la organización psíquica. Las probabilidades que tiene un incidente de producir un trastorno por estrés postraumático se hallan directamente relacionadas con su carácter de imprevisto.

El principal síntoma es el bloqueo o disminución de las funciones del Yo y esto es lo que trae como consecuencia todos los demás síntomas. Este bloqueo se explica por la concentración de toda la energía psíquica disponible por la psique en una sola tarea: el intento de controlar la abrumadora excitación psíquica invasora. La urgencia de esta tarea hace que todas las demás funciones yoicas queden relegadas, la emergencia domina completamente al sujeto. Eso genera toda clase de mecanismos de defensa del Yo y de fenómenos regresivos.

Casi todos los síntomas del trastorno por estrés postraumático son producto del bloqueo de las funciones perceptivas del Yo: el embotamiento psíquico, la amnesia total o parcial, la reducción acusada del interés, la disminución de la capacidad para sentir emociones, las dificultades para concentrarse, el insomnio, la irritabilidad y la disociación psíquica. (González, 2004; p 178).

## **4.2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

El estrés es un tipo de reacción que se activa en aquellas situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas (González, 2004; p 103). Se trata de un sistema físico y mental, que nos permite reaccionar con rapidez y seguridad ante contextos en los que hay que dar una respuesta para la que no tenemos suficientes recursos de afrontamiento.

Este mecanismo pone en marcha un proceso de activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se detiene cuando se consigue el objetivo deseado después de haber agotado la energía y los recursos, éstos se vuelven a recuperar con el descanso, de manera que se trata de un proceso normal de adaptación al entorno que nos rodea. (Vindel, 2005; p 158 ).

Pueden surgir problemas con el estrés si nuestro cuerpo y nuestra mente están activándose permanentemente, sin que se permita la recuperación. En estos casos el estrés puede comenzar a producir síntomas, tales como olvidos, problemas de concentración, pérdida de rendimiento, alta activación fisiológica, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, contracturas, ansiedad, irritabilidad, aumento del consumo de tranquilizantes, etc. (Landeró-Hernández, 2006;p 139).

Aparecerán problemas más importantes cuando la situación que provoca el estrés alcance tal magnitud que nos supere por completo y no nos permita dar respuesta alguna, como sucede por ejemplo en los delitos violentos, o en situaciones igualmente traumáticas, como la violación. En estos casos, además de los citados síntomas, suelen aparecer algunos trastornos mentales como el trastorno por estrés postraumático.

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras. Esta experiencia puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares pero que va a ocasionar una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: re-memoración o re-experimentación, hiperactivación fisiológica y evitación junto con embotamiento afectivo. (Álvaro, 2004; p.100).

Tras un delito las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional indeleble y vuelven a re-experimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback).

Estos procesos cognitivos disminuyen la capacidad de concentración, memoria, toma de decisiones, y producen reacciones emocionales muy fuertes, con intensas respuestas de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.), irritabilidad, ira, tristeza, culpa y otras emociones negativas. Todo ello genera una gran activación fisiológica, malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia que mantiene la reacción de estrés, como si volviera a repetirse actualmente la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, generando agotamiento, emociones intensas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (todo el tiempo se piensa en lo mismo), sesgo interpretativo (estímulos que antes eran neutros ahora se viven como amenazantes y se evitan), que aumentan aún más la intensidad de las respuestas de ansiedad, sumando más impotencia, debilidad, agotamiento, etc. (Dongil, 2008; p. 178).

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

El DSM-IV TR sintetiza la sintomatología en los siguientes puntos para el Trastorno de estrés postraumático:

Criterio A.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido los siguientes síntomas:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

El primero (criterio A) se refiere a la delimitación del trauma, señalando que un evento traumático es definido como tal si: (a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los

demás; y (b) la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos

Los tres siguientes (criterios B, C y D) se refieren a los síntomas psicológicos del trastorno por estrés postraumático , que se agrupan en tres categorías:

- 1) Reexperimentación,
- 2) Evitación / embotamiento afectivo
- 3) Aumento de la activación.

Deben darse uno o más de los cinco síntomas de re experimentación, tres o más de los siete de evitación (o embotamiento afectivo) y dos o más de los cinco de hiperactivación. Los síntomas de re experimentación (B) incluyen pesadillas y flashbacks y han sido considerados como los más patognómicos del Trastorno por estrés postraumático (Foa y Rothbaum, 2002; p.189).

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

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

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

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

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

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

El segundo grupo de síntomas (criterio C) se refiere a la evitación persistente de estímulos asociados al trauma como pensamientos, actividades, sentimientos, lugares, o personas que motivan recuerdos del trauma y síntomas de embotamiento emocional tales como reducción del interés o participación en actividades significativas, sensación de desapego, incapacidad para tener sentimientos de amor o expectativas catastrofistas de futuro

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

El último grupo de síntomas, el aumento de la activación (criterio D), incluye síntomas tales como dificultad para dormir, hipervigilancia e irritabilidad.

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

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultades para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. Respuestas exageradas de sobresalto

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

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

El tiempo mínimo de evolución de los síntomas es de un mes. Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Cabe señalar que para el estrés postraumático existen tres subclasificaciones aunadas a la sintomatología descrita, estos tres puntos se caracterizan por:

- 1) Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
- 2) Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.
- 3) Inicio demorado: si los síntomas se inician después de seis meses de padecido el evento traumático.

El trastorno por estrés postraumático puede o no desarrollarse en una persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático dependiendo de factores predisponentes individuales (vulnerabilidad) y de la naturaleza del evento traumático. A más traumático el acontecimiento, más probabilidades de que se origine, y a menos vulnerabilidad individual previa menos probabilidades de generarlo.

Entre los factores que contribuyen a su desarrollo están:

- La extensión en que el evento traumático afecta la vida íntima y personal del afectado.
- La duración del evento.
- El grado de vulnerabilidad ante la maldad humana: el TEPT es más probable que ocurra en eventos provocados por la mano del hombre que ante eventos naturales.

La reacción a una situación dura e inusual depende mucho de la sensibilidad de las personas afectadas y de sus recursos para afrontar los

traumas. En parte esto se encuentra determinado por las características específicas de cada uno, pero también influye la personalidad y la situación vital concreta que esté atravesando, si ha sufrido o no otros traumas en el pasado o el tejido familiar y social que pueda apoyarle.

### **4.3. FASES PSICOLÓGICAS DEL DUELO**

El daño psicológico se presenta habitualmente en fases. En una primera etapa suele surgir una reacción de sobrecogimiento, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento general, caracterizado con pensamientos de incredulidad y una pobreza de reacciones.

En una segunda fase se da en medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de shock, se abren paso vivencias afectivas de un colorido más dramático con base en los síntomas ya nombrados.

Por último, hay una tendencia a re experimentar el suceso ya sea espontáneamente o bien en función de algún estímulo concreto asocia un ruido, un olor, etc. (Willheim 2009; p. 45).

Con base en lo anterior, los daños se pueden dividir en lesiones físicas y psíquicas, y secuelas emocionales.

- **Las lesiones físicas:**

Quedan conjuntadas en una serie de daños observables como golpes, hematomas, etc.

- **Los daños psíquicos:**

No son visibles pero si repercuten de manera importante en la vida de las víctimas.

- **La lesión psíquica**

Se refiere a una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de haber sufrido un delito violento y que le incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social. Las lesiones psíquicas más frecuentes son los trastornos adaptativos (con estado de ánimo deprimido o ansioso), el trastorno de estrés postraumático o la descompensación de una personalidad anómala.

En concreto, a un nivel cognitivo, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión de estar a merced de todo tipo de peligros y de incontrolabilidad de carecer de control sobre su propia vida y su futuro; a nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos; y, por último, a nivel conductual, puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana (Resnick, 2005;p.78)

- **Las secuelas emocionales**

Las secuelas emocionales se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una

alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, un menoscabo de la salud mental.

Las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de delitos violentos se refieren a la modificación permanente de la personalidad es decir, a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables y no adaptativos como, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, etc. Que se mantienen durante, al menos, 2 años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Resnick, 2005; p. 79)

Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un delito violento

#### **4.4. Vulnerabilidad psicológica**

Los factores de riesgo, que aluden a una mayor atracción del agresor para elegir a una víctima como pertenecer al sexo femenino, ser joven, vivir sola, haber consumido alcohol o drogas en exceso, padecer una deficiencia mental, no se deben confundir con la vulnerabilidad psicológica, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, ni con la vulnerabilidad biológica, que se refiere a un menor umbral de activación psicofisiológica. Ambos tipos de vulnerabilidad pueden amplificar el daño psicológico del delito en la víctima.

En suma, las víctimas de riesgo tienen una cierta predisposición a convertirse en víctimas de un delito porque constituyen un objetivo fácil para

el agresor; las víctimas vulnerables, a su vez, tienen una mayor probabilidad de sufrir un intenso impacto emocional tras haber sufrido un delito violento

En algunas víctimas el desequilibrio emocional pre-existente agrava el impacto psicológico del delito y actúa como modulador entre el hecho delictivo y el daño psíquico (Vázquez, 2008; p 189).

Ante acontecimientos traumáticos similares algunas personas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan profundamente traumatizadas.

Desde una perspectiva psicológica una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una percepción del delito como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza, con muy poca confianza en los recursos psicológicos propios para tomar el control de la situación. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otros delitos violentos

El grado de daño psicológico las lesiones y secuelas está mediado por la intensidad y la percepción del suceso sufrido o significación del hecho y el carácter inesperado del acontecimiento, como también el grado real de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales a nivel familiar laboral y pasados el apoyo social existente configura el grado de estrés en la víctima.

#### 4.5. PERFIL DE LAS VICTIMAS DEL DELITO

El perfil de las víctimas de delito violento que pasan por un proceso de duelo con base en las alteraciones por estrés postraumático se observan en los siguientes puntos:

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

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

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

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

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

VI. Miedos.

A continuación se explican cada uno de los puntos mencionados arriba descritos:

- **Alteraciones de las Funciones Cognitivas:**

El sujeto suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas e incapacidad para recordar eventos del trauma, se evidencian problemas con la memoria reciente y presenta dificultades para realizar las actividades diarias. La atención y concentración se ven mermadas impidiéndole realizar funciones con un seguimiento normal. Conforme al pensamiento suelen presentarse

pensamientos de tipo recurrentes del evento traumático e invasores durante el transcurso del día. El sujeto ve sesgada la manera en que antes solía desempeñarse y causa problemas en su entorno social ya que no puede planear o anticipar la toma de acciones concretas.

- **Alteraciones Somáticas:**

Las alteraciones somáticas se presentan por medio de trastornos en la alimentación como aumento o disminución de la ingesta de alimentos, anorexia o bulimia, el sujeto puede comer mas de lo habitual como medio de compensación a la situación que lo rodea o bien falta de apetito como consecuencia de las alteraciones cognitivas. También se presenta alteraciones del sueño como bruxismo, hipersomnias, insomnio, noctilalia, pesadillas, sobresaltos impidiendo un sueño completo, sonambulismo y terrores nocturnos. Conforme a los trastornos digestivos suele presentar colitis, diarrea, gastritis, náuseas y vomito.

Los trastornos conversivos se expresan en aumento significativo del peso corporal, cefaleas, dermatitis, desmayos, disnea, fatiga constante, sensación de opresión, sudoración más de la habitual y taquicardia.

- **Alteraciones Afectivas:**

El sujeto presenta alteraciones afectivas en cuanto sentimientos de angustia, ansiedad, culpa por no haber podido hacer nada en el evento traumático, auto agresión como forma de castigo, desesperación, desesperanza, ira e irritabilidad a sus familiares o núcleo social, limitación del afecto sobre las personas que pretenden consolarlo o ayudarlo, sensación de impotencia, temor, tristeza, vergüenza y resentimiento hacia al agresor del evento traumático.

- **Alteraciones Conductuales:**

Las alteraciones conductuales se expresan como un respuesta de mecanismo de defensa para la evitación con el medio y se pueden observar en agresión afectiva o pasiva, es decir insultos a sus familiares por medio de la irritabilidad o pasiva cuando muestra poco o nada de interés a las personas que requieren atención directamente del sujeto conforme al roll que desempeñe. Muestra también aislamiento del medio social, bajo control de impulsos, conductas de evitación al publico, conductas dependientes y repetitivas como tener que recurrir a la ayuda de un externo para realizar sus tareas habituales, hiperactividad como método de fuga a la realidad, hipervigilancia por miedo a revivir el evento traumático, exposición a factores de riesgo ya que inconscientemente busca la auto destrucción, llanto constante, mutismo y sumisión.

- **Adicciones:**

El sujeto puede verse inmerso en el inicio del consumo de sustancias nocivas para salud o en el aumento de ingesta de las mismas. Las mas comunes son Alcohol, tabaco, drogas, estupefacientes y fármacos,

- **Miedos:**

Se presentan miedos irracionales a posteriori del evento traumático que generan cambios bruscos en la vida de la victima, estos cambios se presentan en cambio de domicilio por miedo a ser victima de un delito de nuevo, desestructuración del vinculo familiar por estadios de hipervigilancia, modificación de las actividades familiares, como no realizar salidas que antes se hacían de manera cotidiana, aislamiento social así como deserción laboral o escolar y deterioro en el desempeño de los mismos. Las relaciones sociales se ven mermadas por miedo a que puedan ser cómplices del delito vivido

Este perfil psicológico nos muestra que el delito violento tiene un impacto cognitivo importante en la víctima, creando un proceso de duelo por la pérdida de un familiar, que repercute en diversas áreas de la vida de la persona: cognitiva, afectiva, familiar y social lo que hace que haya una disminución en su calidad de vida. (Bañales 2013; p 45)

#### **4.6 La psicoterapia breve y emergente, un modelo de intervención**

En respuesta a las exigencias del sistema de salud acerca del uso de terapias psicológicas de corta duración y alta efectividad, la terapia breve surge como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica. Se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto. Se considera como la intervención primaria para aquellas problemáticas psicológicas caracterizadas por ser específicas, tales como excesos o déficits conductuales concretos y dificultades emocionales causados por la incapacidad para la toma de decisiones (Dulmus 2002;p.245). La meta es ofrecer a los consultantes herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes.

La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que esta última se enfoca en al tratamiento de trastornos psicológicos (entidades psicopatológicas, como depresión, anorexia, esquizofrenia, ansiedad, etc.) y tiene una duración superior a cinco sesiones de acuerdo con la severidad del trastorno o de la existencia de varias patologías (Bados / Fernández, 2005; p.129).

La terapia breve se sitúa exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo. Su énfasis está en incrementar la auto eficacia y la motivación para el cambio, así como en la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante, empleando, entre otras, técnicas de escucha reflexiva que le permiten identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar

La terapia breve también comprende tanto para el terapeuta como para el paciente, una actividad que sea dirigida cuidadosamente hacia la meta. El uso de esta estrategia terapéutica tiene una amplia aplicación en la práctica clínica diaria, pues gran cantidad de las problemáticas abordadas en la consulta psicológica hace referencia a excesos o déficit en el comportamiento, así como a experiencias emocionales negativas producto de eventos transitorios o incertidumbre ante situaciones que involucran decisiones importantes en la vida de las personas.

#### **4.7 Fundamentación teórica de la terapia breve**

El origen de la terapia breve se encuentra en la orientación hacia el logro del *insight* como el objetivo principal en la psicoterapia psicodinámica, el interés en el aquí y el ahora de la terapia conductual y el establecimiento de una relación terapéutica empática de la terapia centrada en el cliente. Se ha identificado y utilizado un amplio número de modelos de terapias breves, entre los que se pueden citar la terapia interaccional estratégica breve en pacientes alcohólicos no como un enfoque global, sino como un conjunto de técnicas a aplicar en un tratamiento amplio; la terapia psicodinámica breve que incluye elementos como el establecimiento terapéutico, tareas entre sesiones y establecimiento de límites, también procedimientos que se

consideran como un acercamiento a la terapia de conducta la psicoterapia expresiva de apoyo, un enfoque de terapia psicodinámica adaptada al abuso de sustancias; la terapia breve de familia, utilizada desde enfoques diversos, al igual que la terapia breve de grupo con resultados efectivos son terapias cuyo método se centra en la solución de problemas, la realización de tareas, aproximaciones cognitivo conductuales y la intervención en crisis (Brown, 2009:p.185)

Las bases teóricas están en la motivación de logro y en la teoría de la auto eficacia que busca explicar la relación entre las percepciones de la competencia y adaptación personal, así como el ajuste y el bienestar psicológico. Por otro lado sostiene que el inicio y el mantenimiento de los comportamientos y de los cursos de acción están determinados por los juicios y expectativas con respecto a las habilidades y capacidades personales y la probabilidad de ser capaz de afrontar con éxito las demandas y los desafíos ambientales. Estos mismos factores desempeñan un papel importante en el ajuste, la disfunción psicológica y en los efectos de las intervenciones terapéuticas de los problemas emocionales y del comportamiento (Bandura, 2003; p158)

Desde la perspectiva teórica de la auto eficacia, los individuos son capaces de autoevaluar y auto regular su comportamiento; por tanto, pueden ejercer control directo sobre este y moldear de forma activa su ambiente. La auto eficacia se refiere a las creencias de las personas acerca de sus capacidades para controlar los eventos que afectan sus vidas y para poner en marcha la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control sobre las demandas del medio. Así, los juicios de las personas acerca de su auto eficacia se orientan no hacia las

habilidades que tienen, sino hacia los juicios acerca de lo que pueden hacer con las habilidades que poseen. (Bandura, 2003; p159).

La terapia breve está encaminada a fomentar la auto eficacia de las personas para lograr la disponibilidad del cambio. En la medida en que una persona incrementa su sentido de competencia y eficacia en un contexto específico a través de la terapia, tendrá mayor disponibilidad de cambio y se obtendrán resultados positivos.

La motivación, el otro aspecto de interés en la terapia breve, se considera como un estado de disponibilidad al cambio y no como un rasgo de personalidad; como estado, puede cambiar con el tiempo o de una situación a otra.

Desde la teoría del control de la acción, al hablar de motivación se parte de una clara diferenciación entre tendencia motivacional, intencionalidad y acción, donde los impulsos, deseos, expectativas y valencias son determinantes del grado de compromiso con la acción y están dirigidas a la definición de la intención. Una vez que se ha llegado a la intención, existe una serie de procesos que median la etapa volitiva hacia la conducta.

La terapia breve debe ayudar a los consultantes a comprender que ellos originan sus problemas emocionales y conductuales incitados por sus propias creencias; en consecuencia, son ellos quienes pueden cambiarlos (incremento de la tendencia motivacional y de la intención de cambio). Por esto, deben fijarse metas y encontrar razones para modificar o interrumpir sus comportamientos problema e identificar las situaciones con mayor probabilidad de presentar la conducta problema, para desarrollar estrategias que les permita enfrentarse a ellas. (Barberá, 2003; p.179)

## **4.8 Metodología de la terapia breve**

La Psicoterapia Breve es una terapia de tiempo limitado, y centrada en un foco. Estas son las dos características esenciales que la diferencian de otras terapias.

Respecto al tiempo de la terapia breve tradicionalmente se considera que la duración normal de una terapia dinámica breve es de 1 a 12 sesiones, aunque en casos excepcionales puede prolongarse. Más que el número de sesiones, lo que define la terapia breve es la actitud de tiempo limitado por parte del terapeuta y del paciente y la importancia de la relación coste-efectividad.

El seguimiento realizado al número de sesiones las que asisten los consultantes en los distintos servicios de psicología, evidencia que la mayoría de las personas abandonan los procesos terapéuticos relativamente en poco tiempo. Tomando esto en consideración, en el momento de planificar un tipo de terapia es más realista partir del número de sesiones a las que la mayoría de las personas asiste, con fin de evitar una interrupción prematura. Por otra parte, fijar una meta en un marco temporal como parte del proceso terapéutico aumenta la motivación del consultante y evita su pasividad y dependencia.

Dentro de su estructura el foco de atención en la terapia breve es un objetivo delimitado que mantiene centrados en la meta tanto al terapeuta como al cliente-paciente. Se define por mutuo acuerdo y sirve como brújula para que la terapia no se centre en la superficie, o se eternice buceando en las profundidades del yo. Además, resulta muy útil para valorar los avances

conseguidos y para fijar adecuadamente el momento de finalización de la terapia, una vez conseguidos los objetivos previstos.

La terapia breve se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo. El pasado es importante, pero es algo que ya pasó; es en el presente y en el futuro donde se pueden aplicar los cambios logrados.

La terapia breve pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio. Los consultantes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de auto eficacia. Las creencias acerca de la eficacia personal tienen un papel importante en el proceso de cambio del comportamiento.

La finalidad es que los consultantes no solo logren controlar su ambiente, sino sentir el control de sus vidas, es decir, desarrollar un sentido de dominio personal o eficacia. Dicho control se inicia con la formulación de sus propias metas, que no son impuestas por el terapeuta, sino definidas y propuestas por el consultante. Una vez empieza a experimentar éxito en uno o dos aspectos de su vida, el consultante puede plantear expectativas de auto eficacia en otras áreas (Bannink, 2007;p.156).

La terapia breve trabaja la cognición y la emoción para lograr el cambio. Se reconoce que las valoraciones, las expectativas y otros constructos cognitivos desempeñan un papel clave en la emoción; por tanto, se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales, pues está demostrado que los estados anímicos

influyen sobre las percepciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás (Forgas & Niedenthal, 2003;p.245)

De esta manera, a través de la modificación cognitiva, la terapia breve pretende producir cambios emocionales y superar las dificultades internas que interfieren en la disposición de las personas para hacer frente con éxito a sus problemas, exigencias y tensiones de la vida diaria.

Dentro de la metodología de la terapia breve se debe analizar sus objetivos y estructuración que se describirán a continuación. La terapia breve tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio del comportamiento. Se lleva al paciente a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados ayudar al paciente a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y formas de entender la vida: Se trata de modificar la forma en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas (aunque por supuesto se produce) sino en el cambio de patrones y esquemas.

Para la estructuración de esta psicoterapia por ser un tipo de intervención centrada en la persona, en la cual se busca inducir la toma de conciencia y favorecer la toma de decisiones en el consultante con el fin de realizar cambios actitudinales y de comportamiento que favorezcan su calidad de vida, el terapeuta debe desarrollar, en conjunto con el consultante, una serie de procesos y pasos que permitan el logro de los objetivos de las intervenciones breves. Los puntos de esta estructura son:

1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
3. Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio.
5. Desarrollar una relación empática.
6. Fortalecer la auto eficacia en el consultante sobre su capacidad de cambio

Estas fases no son estáticas, por el contrario, son susceptibles de cambio en cuanto al orden y frecuencia, de acuerdo con las necesidades del consultante, sus problemáticas y el contexto en el cual se encuentra.

La Psicoterapia Breve promueve un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes que hasta el momento permanecían ligadas a los conflictos. Una vez liberada, esta energía puede ser reutilizada para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad, para disfrutar de la vida de forma positiva y sostenible.

El especialista entrenado en psicoterapia breve es más activo y directivo, y por lo tanto, menos neutral que aquellos que trabajan de manera prolongada. Utiliza técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y analíticas, entre otras, tratando de cambiar el modo en que el paciente piensa sobre sus problemas y los métodos que utiliza para resolverlos.

Existe un criterio diagnóstico y de pacientes que permite elegir y recomendar esta técnica como método preferencial a otras alternativas. Cualquier paciente, independientemente del diagnóstico, puede responder

bien al tratamiento breve con una combinación adecuada paciente-terapeuta y una correcta elección de la modalidad breve.

#### **4.9. EL ENFOQUE SISTÉMICO**

Según el enfoque sistémico, usualmente encontramos una respuesta adecuada a las dificultades de la vida, pero no siempre. Un problema es una dificultad que retorna sin cesar, ya sea porque no le hemos dado una solución, o bien porque las soluciones que se han intentado alimentan (sin que nos demos cuenta) la dificultad en lugar de resolverla, lo que significa que se trata soluciones ilusorias.

La terapia sistémica pone una gran atención a los aspectos emocionales y cognitivos de estas dificultades así como también a las reacciones con su entorno del paciente. El enfoque sistémico considera que el entorno (conjunto de sistemas, relaciones y situaciones) contribuye a mantener los problemas psicológicos, pero también a resolverlos. El tratamiento busca hacer aparecer poco a poco cambios en primera instancia mínimos, pero concretos, que permiten el inicio de un “círculo virtuoso” que conforma la dirección hacia el cambio y las modificaciones emocionales profundas con respecto al problema.

La terapia sistémica breve busca aliviar el sufrimiento psicológico lo más rápidamente posible conduciendo a los pacientes a experimentar nuevas maneras de ver y vivir las cosas, que les permitan enfrentar el presente y el porvenir de manera más saludable. (Sánchez 2003; p: 115)

El objetivo es interrumpir círculos viciosos de interacción (terapias enfocadas al problema y la solución), para después iniciar o alimentar

círculos virtuosos de interacción inventiva (terapia enfocada en los recursos). Se busca propiciar un movimiento de la conversación terapéutica de hablar de los problemas a hablar de las soluciones, para después hablar de los recursos; este orden ayuda a interrumpir los círculos viciosos de comportamiento que son mantenidos por soluciones inapropiadas. Como resultado, se da lugar a la construcción de círculos virtuosos que proveen recursos que ayudan a una vida más saludable tanto individual, familiar y relevante para la sociedad.

El enfoque sistémico se distingue de los otros enfoques por su manera de comprender las relaciones humanas. En efecto, la persona no es el único elemento analizado en el proceso. El psicoterapeuta se da importancia también a diferentes sistemas de los que forma parte (familiar, profesional, social, etc.). Al punto que toda dificultad psicológica tiene que ver con una perturbación en las comunicaciones interpersonales.

A diferencia de las psicoterapias tradicionales que enfocan sus esfuerzos en la investigación de los orígenes de las dificultades psicológicas, el enfoque sistémico se interesa en la manera en que los problemas se manifiestan en el presente, y utiliza el contexto de la vida actual de los pacientes para resolverlos.

En terapia sistémica sí hay un encuentro con ese “yo presente con su pasado”, pero no se trata de un largo trabajo de traer a la memoria los recuerdos, para “reencontrar” eventos definitivamente pasados, sino de reconocer el pasado en la identidad actual de la persona y de modificar las consecuencias negativas de experiencias pasadas que crean las dificultades actuales (se trataría de cicatrizar heridas pasadas que no sabemos que llevamos abiertas, que son inconscientes, es decir que creemos que ya hemos curado).

Una de las ideas fundamentales del enfoque sistémico es que las personas no son las que “están” enfermas, sino que es el conjunto de relaciones y situaciones en las que está inmerso el individuo lo que está enfermo, o es inadecuado. Evidentemente, son las personas las que se sienten mal y presentan los síntomas llamados *patológicos*, pero no porque estén enfermos sino porque han entrado en situaciones y relaciones que las debilitan, las entristecen y las conducen a vivir en malestar. Esta prioridad que se le da a la interacción, a las relaciones, es una característica esencial del enfoque sistémico: es importante atender el conjunto de percepciones, decisiones y maneras de ver el mundo que llevan a la persona a entrar en situaciones que no le convienen, pues lo debilitan, lo “enferman”. (Worden, 2004; p. 98).

Para obtener un cambio, es secundario buscar las causas pasadas de los problemas constatados. Es más útil comprender lo que, actualmente, en el presente, los mantiene. La terapia sistémica guía su intervención con preguntas del tipo “¿cómo se mantienen en el presente estos problemas que causan malestar? ¿qué estamos haciendo para mantener viva o activada una situación que nos hace daño, que nos debilita y enferma?” (Mark Beyebach 2006; 289).

La terapia sistémica está convencida de que los aspectos del pasado, a los que conduce la pregunta “por qué”, y que pueden estar afectando realmente la vida de la persona, están “presentes” de alguna manera, actualizados en lo que la persona hace, dice y piensa en el presente, por lo que si bien entrar en ciertos detalles del pasado es necesario, es importante no perder el hilo conductor de esos eventos con el malestar actual que manifiesta la persona con malestar psicológico.

La terapia sistémica por tanto va a buscar trabajar no con el funcionamiento individual e intrapsíquico sino con el contexto comunicacional en el que está inmersa la persona que sufre, contexto que explica y determina los comportamientos. El objetivo de la terapia sistémica es hacer ver y entender en qué sentido la persona está alimentando este contexto o dinámica, y construir una forma de desactivarlo o dejar de alimentarlo.

Esto no significa que la meta de la terapia sistémica sea cambiar a las demás personas, al mundo o lo que está afuera de la persona que presenta el malestar. Tiene que ver con la percepción y las decisiones de la persona que sufre y busca ayuda, con que sea capaz de no entrar en relación con y mantener vivas esas dinámicas que están allá afuera que no le convienen, puesto que lo debilitan.

El cambio tiene que ver con la capacidad de discernir las situaciones/relaciones que nos son convenientes y nos fortalecen, y prolongarlas lo más que podamos para así aumentar nuestra potencialidad y libertad.

El terapeuta ayudará al paciente a actuar y a interactuar con su entorno. La persona intentará nuevas soluciones, en función de relaciones que tiene con los otros. De esto resultan cambios importantes para la persona.

El psicoterapeuta intenta facilitar un proceso en el cual los clientes son llevados a revisar su propia historia, a hacer emerger nuevas significaciones y a crear nuevas experiencias a fin de abrir nuevas perspectivas. Favorecerá la expresión de emociones, anhelos, intenciones positivas y esfuerzos realizados.

La terapia puede considerarse una ocasión de experimentar nuevas maneras de ser, de sentir, de interactuar con el fin de reducir el sufrimiento o resolver un problema específico, de modo que pueda retomarse el proceso saludable de la vida.

**CAPÍTULO V PROPUESTA:**

**DESARROLLO DEL MODELO DE  
INTERVENCION PSICOLÓGICA A  
VICTIMAS DE DELITO VIOLENTO Y SU  
PROCESO DE DUELO.**

## 5.1. PRESENTACIÓN

A raíz de toda la temática que rodea al delito violento, su proceso de duelo y estrés postraumático se puede observar que las personas que desafortunadamente viven este tipo de sucesos, quedan marcadas de un modo particular en sus vidas. Si bien sabemos que la delincuencia y crimen organizado afectan a la población en general, estas personas que experimentan en carne propia un delito y más allá de ellos sus familias como afectados secundarios, buscan de manera contundente ayuda ya sea profesional, como es en muy pocos casos, o con el núcleo social que los rodea.

En demasiadas ocasiones la falta de cultura sobre lo a que salud mental refiere, propicia que otro porcentaje de la población no pueda recibir el tipo de ayuda adecuada conforme a la sucesión de un delito, la falta de información en cuanto el proceso legal que debe tomarse al respecto a posteriori de un delito, desfavorece que los sujetos puedan llevar a cabo un proceso jurídico contundente y por ende de ser necesario una valoración psicológica. Debe tomarse en cuenta que si bien hay instituciones encargadas en la asesoría y acompañamiento para la víctima de un delito, hay todavía, un largo camino por recorrer para una completa y satisfactoria superación del mismo.

Se debe concientizar y preparar a los futuros psicólogos en el método de intervención para pacientes venideros con temática en un proceso de duelo a raíz de un delito violento, ya que la situación que presenta el distrito federal es una problemática que el área de psicología tiene que reforzar e implementar un método de ayuda.

## **5.2. PROPÓSITOS**

Proporcionar un Modelo de Intervención Psicológica a Víctimas de Delitos Violentos, cuya intención es brindar al psicólogo un mejor procedimiento para la intervención a las víctimas, además de propiciar en ellas una pronta recuperación emocional; al proponer un plan de acción concreto con fundamentación en el aquí y en el ahora, se busca ofrecer una alternativa metodológica para contrarrestar la sintomatología y efectos del delito en las personas.

De igual manera, esta propuesta tiene dentro de sus primordiales puntos, el dejar a futuros psicólogos una base para la continuación e implementación de ideas, métodos y procedimientos terapéuticos, con el fin de estructurar un mejor y más completo tratamiento a víctimas de delito violento.

## **5.3. FUNDAMENTACIÓN**

### Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la comunidad

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

La Procuraduría General de Justicia del DF a través de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad cuenta con seis centros de atención especializada:

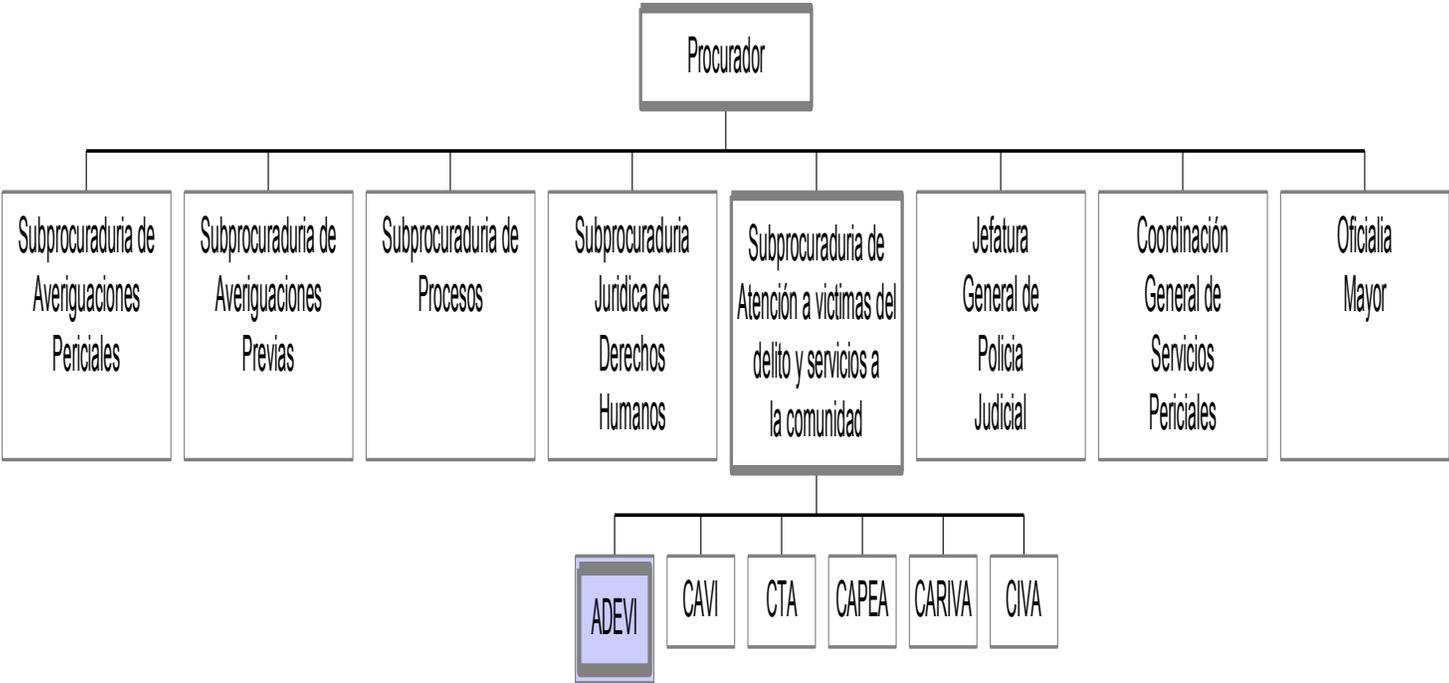
- ADEVI (Centro De Apoyo Socio-Jurídico a Víctimas de Delito Violento)
- CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar)
- CTA (Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales)
- CAPEA (Centro de Atención a Personas Extraviadas o Ausentes)
- CARIVA (Centro de Atención a Riesgos Victímales y Adicciones)
- CIVA (Centro de Investigación Victimológica y Apoyo Operativo)

En estos centros se brinda atención psicológica, legal, social y medica a los usuarios que la requieren o a los que son enviados por el Ministerio Público por seguimiento de una Averiguación Previa, de acuerdo al artículo 20 constitucional, en el apartado B, el cual nos habla de las garantías de las víctimas por lo que con el fin de fortalecer la efectividad de estas garantías, el Sistema de Auxilio a Víctimas cuenta con abogados que orientan jurídicamente a las víctimas del delito durante la investigación ministerial y el proceso penal. Se cuenta también con peritos que elaboran los dictámenes para determinar el daño psicoemocional y moral de las víctimas, psicólogos que brindan terapias individuales, familiares o grupales, con médicos que proporcionan la primera atención y proporcionando una canalización a la Secretaría de Salud a aquellas personas que requieren una atención más especializada o de urgencia.

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

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

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



1.6.2 Centro de Apoyo Socio jurídico a Víctimas de Delito Violento (ADEVI)

El Centro de Apoyo Socio jurídico a Víctimas de Delito Violento (ADEVI) brinda atención de manera integral a las víctimas de delitos violentos como homicidio, lesiones, privación ilegal de la libertad, secuestro, suicidio, amenazas y denuncia de hechos. El cumplimiento de este objetivo conlleva la necesidad de contar con un modelo de intervención terapéutica que guíe y garantice el cumplimiento de un trabajo profesional y pertinente a la problemática de las víctimas que reciben atención en este centro.

La atención se da en las áreas:

- Área de Trabajo Social
- Área Jurídica
- Área Psicológica

En el área de Trabajo Social se detecta, orienta e informa a todas las víctimas, además de proporcionar traslados o servicios funerarios cuando son requeridos.

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

En el área médica y psicológica se da atención de urgencia y canaliza a hospitales públicos para una atención especializada de igual manera se proporciona apoyo psicoterapéutico, terapia de duelo, manejo de estrés postraumático, atención en crisis y se realizan dictámenes psicológicos para la acreditación del daño moral a través de los peritos en psicología.

Su visión es promover la procuración de justicia, desarrollar programas de prevención del delito para promover una cultura entre los habitantes de la

Ciudad de México, esto a partir e estudios de las conductas antisociales y los factores que propician dichas conductas.

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

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

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

- Estrés postraumático
- Proceso de duelo

El Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delito Violento ADEVI da atención psicoterapéutica profesional a víctimas directas e indirectas, proporcionando tratamiento en cuatro aspectos:

- Individual
- Familiar
- Atención a menores
- Atención a adultos

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

- Realizar valoración inicial de la víctima para su atención.
- Proporcionar atención psicoterapéutica.
- Realizar intervención en crisis.
- Efectuar reconquistas en caso de deserción.

- Elaborar impresiones diagnósticas y /o valoraciones psicológicas las cuales pueden ser a solicitud de autoridades judiciales o ministeriales con el fin de acreditar el daño moral, estas son realizadas por medio de entrevistas observación y aplicación de pruebas.

La realización de investigaciones nos muestra que las personas que son víctimas de un delito violento sufren como consecuencia el trastorno por estrés postraumático al ser las victimas directas y un proceso de duelo cuando son victimas indirectas, es por eso que el ADEVI se enfoca en estos dos aspectos para proporcionar así una adecuada intervención y tratamiento de los usuarios que requieren el servicio.

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

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

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

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

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

En el área de Psicología se cuenta con 11 psicólogos, 3 peritos en psicología, 6 prestadores de servicio social, se proporciona apoyo psicoterapéutico, terapia de duelo, manejo de estrés postraumático, atención en crisis. De igual forma se realizan dictámenes psicológicos para la acreditación del daño moral a través de los peritos en psicología. Se cuenta con dos personas encargadas de las bases de datos de todo el centro así como del mantenimiento al equipo de cómputo y la red de infamación del centro.

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

Dentro de sus objetivos específicos para el área de psicología se encuentran:

- Estudiar e intervenir en el primer nivel de atención en problemas de salud e higiene mental, alcoholismo, drogadicción, trastornos sexuales, problemas familiares y trastornos de personalidad.
- Interpretar pruebas psicológicas en el diagnóstico de diversas áreas del comportamiento individual y comunitario.
- Realizar diagnósticos de salud mental en niños, adolescentes y adultos, entrevistas de diagnóstico en forma individual y comunitaria

#### **5.4. MÓDULOS TEMÁTICOS**

El modelo de intervención terapéutica que se propone para el tratamiento del proceso de duelo y estrés postraumático por un delito violento se centraliza en los siguientes puntos:

- 1.- Establecer Contacto Psicológico Empático
- 2.- Definir el Foco de Atención en el aquí y el ahora.
- 3.- Establecer los Objetivos Terapéuticos Generales y específicos
- 4.-Plan de Acción.
- 5.-Cierre y Seguimiento.

##### **1.- Establecer Contacto Psicológico Empático.**

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

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

El psicólogo, debe escuchar atentamente al usuario, debe escuchar tanto los mensajes verbales como los no verbales de la persona que está tratando de ayudar, tiene que estar preguntándose a sí mismo ¿qué es lo que esta persona está tratando de comunicar?, ¿qué está diciendo sobre sus sentimientos?, ¿qué está diciendo sobre su conducta?

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

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

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

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

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

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

En usuarios víctimas de delitos violentos a veces, es necesario en una primera entrevista pasar rápidamente de la fase de pre ayuda a la acción, cuando los síntomas ansiosos son de tal magnitud que no permiten establecer una buena comunicación entre el terapeuta y el usuario, estas acciones deben encaminarse a disminuir y controlar la ansiedad por lo que se recomienda la utilización de las siguientes técnicas “rápidas” del manejo del estrés:

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

## **2.- Definir El Foco De Atención En El Aquí Y El Ahora.**

Tomando en cuenta que en la etapa anterior el terapeuta reunió los datos producidos por el usuario en la fase de autoexploración. El ve y ayuda al otro a identificar temas o patrones de conducta que constituirán el foco de atención (problema presente). En esta etapa, el usuario ha desarrollado un auto entendimiento y por lo tanto ve la necesidad del cambio de acción, identifica sus recursos, especialmente aquellos recursos no utilizados.

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

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

- Basarse en un diagnóstico clínico. Para lo cual debe basarse en el DSM IV ó en las características de las Etapas del proceso del Duelo, según sea el caso.
- Centrarse en el Aquí y el Ahora, en la problemática presente.
- Diferenciarse de otras disfunciones no derivadas del Estrés Postraumático o del Duelo. En estos casos se debe canalizar al usuario a la instancia pertinente y especializada a su problemática.
- Contemplar el Área Cognitiva, Conductual, Emocional y Corporal que se desea elaborar terapéuticamente (“problemas de la victima”)
- Debe conceptualizarse en términos concretos, de manera tal que sea posible observarse a través de la manifestación de emociones o conductas observables y no en términos abstractos.
- Debe ser significativa y aceptada o propuesta por el usuario.

### **3. Establecer los Objetivos Terapéuticos Generales y Específicos.**

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

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

- Restablecer el enfrentamiento inmediato para que la persona tome las medidas concretas para abordar la situación y la toma de decisiones para llevar a cabo acciones.
- Reducir la mortalidad: Previniendo conductas intra o extra punitivas que pongan en riesgo la salud o la vida de la víctima o de otras personas. Esto es especialmente importante cuando la víctima se presenta con ideación suicida, agresión a los otros, o bien expuesto a situaciones amenazantes a el mismo, aquí es importante diferenciar entre amenazas irreales producto de una exageración psicológica de la realidad y entre amenazas reales y tangentes, estas últimas deben ser atendida a través de acciones concretas.
- Apoyar la búsqueda o proporcionar enlaces a recursos de ayuda, ya sea personales, familiares o institucionales.

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

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

#### **4.- Plan de Acción.**

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

Respecto al número de sesiones, se designará un número de sesiones destinadas para cubrir cada uno de los objetivos. Tomando en cuenta que es un modelo de psicoterapia breve por lo que se sugiere un máximo de 12 sesiones en total.

En lo referente a los sujetos, se determina quienes participaran en cada sesión, en caso de que se requiera la participación de los familiares se avisa con anticipación las citas.

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

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

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

## **5.- Cierre y Seguimiento**

Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos el usuario realizara una última sesión donde reseñara el proceso terapéutico y los logros obtenidos. Se dará una cita personal o telefónica a los 2 meses para constatar el sostenimiento de los logros.

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

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

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

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

Para la atención por duelo se realiza lo siguiente:

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

- Realizar intervención en crisis

Para la valoración inicial de ambos problemas se requiere que el terapeuta utilice el método clínico para evaluar el estado del paciente y de esta manera poder generar un plan de acción y toma de acciones concretas.

La atención terapéutica se determinara conforme la sintomatología apreciada por la valoración inicial y de ahí se partirá para la estructuración de la terapia.

De ser un caso donde la persona presente estadios elevados de ansiedad y poco control de impulsos por el hecho delictivo reciente se considera pertinente realizar intervención en crisis. Así mismo, la atención psicoterapéutica a víctimas directas e indirectas de suicidio, personas con intento de suicidio y a sus familiares para abordar la problemática que originó el intento suicida.

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

Por lo que es importante tomar en cuenta las redes de apoyo con las que cuentan los usuarios o buscar ayuda y redes de apoyo con los familiares, de igual forma establecer objetivos terapéuticos los cuales deben ser realistas, alcanzables, claros, aceptados por el usuario, flexibles para su propia adaptación, esto previene en gran medida la deserción.

La valoración inicial permite diferenciar en los usuarios de proceso de duelo alguno otro trastorno en su conducta que no sea a causa del Estrés

Postrauumático o del Duelo, en estos casos se canaliza al usuario a la instancia pertinente y especializada a su problemática.

## **5.5. OPERACIONALIZACIÓN**

A continuación se describe la Metodología sugerida para una mejor operacionalización del tratamiento psicoterapéutico.

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

- El terapeuta debe basarse en una concepción filosófica del hombre que lo aborda no como un ser enfermo, sino como un ser lleno de fuerzas y potencialidades intrínsecas a él y que tiende a la búsqueda de la realización de sí mismo.
- Así toda la problemática psicológica es un síntoma en el que el desarrollo humano de la víctima está siendo obstaculizada de manera tal, que no está satisfaciendo sus necesidades físicas, psicológicas o intelectuales. Por ello la Terapia se dirige a facilitar la expresión y desarrollo del potencial para la resolución de estos síntomas.
- El terapeuta debe abstenerse de “aconsejar” o dirigir la conducta de la víctima. Su modelo debe basarse en la interacción de él y las víctimas para resolver o crear soluciones a las problemáticas de manera tal que el usuario se comprometa y se responsabilice de sus decisiones. De esta manera el terapeuta favorece el autoconocimiento de las potenciales y habilidades propias del usuario.

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

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

El foco de atención integra la expresión emocional, conductual, corporal y cognitiva del ser humano, por ello no se interesa sólo en una de estas expresiones, ya que uno de los objetivos principales en la terapia es integrarlas como un todo, eliminando las incongruencias en la interacción de dichas expresiones.

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

- Proyección
- Introyección
- Deflexión
- Retroflexión

Para resaltar la Metodología en el tratamiento psicológico familiar, se propone un procedimiento para mejorar la Terapia estructural de familia, éste consiste en modificar el presente, teniendo en cuenta que el pasado influyó en la creación, organización y funcionamiento actual de la familia.

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

Las funciones de la familia tienen dos objetivos:

-El Interno que es la protección psicosocial de sus miembros;

-El Externo que es la acomodación a una cultura y la transmisión de ésta.

Por lo que si se toma en cuenta que los cambios se orientan desde la sociedad hacia la familia. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro. La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. Deben responder a cambios internos y externos y debe ser capaz de transformarse permitiéndole encarar circunstancias nuevas sin perder la continuidad.

Por lo tanto las familias que llegan habiendo perdido a un miembro o al estar pasando por un evento traumático, viven una desorganización o desequilibrio del sistema familiar, es por ello que necesitan reparar o modificar su funcionamiento, reactivar los mecanismos de autorregulación para poder continuar como sistema.

La mayoría de pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar y es importante considerar el impacto de una muerte en todo el sistema. La mayoría de las familias tienen algún tipo de equilibrio homeostático y la pérdida de una persona significativa puede desequilibrar

dicha homeostasis y hacer que la familia sienta dolor y en ocasiones busque ayuda.

Los factores que afectan al proceso del duelo y que puede presentarse desorganización familiar incluyen:

- Fases de ciclo vital familiar: Donde las etapas marcadas para el apoyo desempeñado por cada miembro de la familia son específicas.
- Rol desempeñado por el fallecido: Se atribuye a el desempeño que tenía el sujeto en la familia.
- Patrones de comunicación del fallecido: La comunicación referente a la estructura familiar y el manejo de la misma.
- Poder y afecto del fallecido
- Factores socioculturales

La familia es una unidad de interacción donde todos los miembros se influyen entre sí. Por esto es importante trabajar el duelo con todos los miembros de la familia. En las familias es importante observar los mitos familiares frente al duelo, los cuales son utilizados como defensas al momento de estar llevando a cabo un proceso terapéutico. En la terapia familiar se pueden resolver los diferentes conflictos y problemas en donde cada miembro está al alcance de los otros. En las familias es importante la evaluación de su integración emocional, familias más integradas pueden superar o llevar mejor el proceso de duelo; familias menos integradas van a presentar más resistencia.

La terapia familiar puede tratar el impacto del duelo incompleto en la vida de la familia y en su interacción posterior.

El procedimiento propuesto para llevar a cabo una mejor metodología en el tratamiento terapéutico por suicidio, implica el proporcionar terapia para los

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

Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso que es percibido como interminable.

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

Ya que se interviene para proceso de duelo también deben analizarse los casos de suicidio, ya que se trata de una muerte violenta; en esto casos se ha observado que las víctimas indirectas presentan una sensación emocional displacentera cargada de culpa, lo cual es uno de los objetivos a trabajar en el proceso terapéutico.

Objetivos a trabajar tanto en la terapia familiar como individual:

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

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

1. Aceptar la realidad de la muerte o la pérdida: Para cumplir esto, el terapeuta debe afirmar constantemente la pérdida e invitar al usuario a hablar extensamente sobre el hecho y como sucedió este. También ayuda el descolocar objetos que al moverse reafirman que esa persona ya no está, así como el uso de rituales de aceptación y despedida.
2. Trabajar las emociones: Hay que aceptar y apoyar al usuario para que exprese todos los sentimientos asociados a la pérdida, así como facilitarle la utilización constructiva de estas emociones. Es importante no negar ni asustarse con las emociones fuertes. Se debe tomar en cuenta que en las Víctimas de Violencia la carga de enojo puede aparecer muy fuerte, no se debe tratar de negarla ó evitarla, entre más se contenga o se evite más destructiva será, el terapeuta tiene que facilitar que esta se exprese positivamente, para ello puede apoyar en las técnicas derivadas de la terapia psicocorporal

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

- 1) Ayudar a la persona a vivir con la pérdida: Si la persona se inutiliza, se devalúa y se cree incapaz de vivir sin el otro debe facilitarse el descubrir sus potenciales para desarrollarse y ser autosuficiente. Ayuda la búsqueda de habilidades que la persona tuvo en el pasado pero que dejó de usar o el aprendizaje de estas habilidades para que ella misma satisfaga las necesidades que cubría el ser perdido. También es de gran utilidad ayudarla a buscar y acercarse a redes de apoyo externo.
  
- 2) Recolectar la pérdida: Cuando una persona muere no es posible olvidarla, pero el terapeuta tiene que facilitar que el usuario la coloque psíquicamente con un significado que no obstaculice su desarrollo y adaptación a una nueva vida sin la persona perdida. Así, si en un principio del duelo se ayuda a la aceptación de la pérdida aquí hace que se recupere simbólicamente esta pérdida pero con un nuevo significado.

# **CONCLUSIONES**

El conocimiento del daño psicológico, así como la necesidad de su evaluación, no son una cuestión meramente académica. De lo que se trata, en última instancia, es de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente, reparar el daño causado, prevenir el delito y evitar la creación de nuevas víctimas. Los sucesos más traumáticos, las agresiones por delito, los secuestros, la muerte de un ser querido, etc. dejan frecuentemente huellas devastadoras y secuelas imborrables, a modo de cicatrices psicológicas, y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas

Como se ha puesto de relieve en este trabajo, los diferentes tipos de sucesos permiten diseñar perfiles psicopatológicos específicos, para tener una idea más completa de a qué problema se enfrentara el psicólogo y cuáles son las mejores herramientas para combatir los síntomas a raíz de un delito violento. En concreto, tanto las agresiones como el delito violento y sus agravantes, constituyen sucesos negativos que generan con una gran frecuencia trastorno de estrés postraumático y generando un cambio intempestivo en la vida de las víctimas. Es en este punto donde la intervención debe ser eficaz y concisa para tratar de reinsertar a la persona a su medio social de la mejor manera posible.

Como sabemos el delito y sus agravantes son un tema que ha acompañado a la sociedad de sus principios, y de igual manera la creación de justicia para los agresores de la sociedad. Pero de manera menos contundente se ha abordado esta problemática desde del enfoque para las víctimas y por ende su tratamiento. Si bien hay instituciones encargadas para el saneamiento de la agresión y pérdida por un delito, es en estos tiempos donde la delincuencia y violencia van en aumento donde debe

concientizarse y crear un plan de acción concreto para contrarrestar este efecto social.

Es de vital importancia reconocer las repercusiones psicológicas que genera un delito violento para de esta forma combatir de manera específica las diferentes situaciones que pueda presentar el sujeto. La propuesta de intervención dicha en este trabajo, busca dar un enfoque nuevo a los psicólogos para que en futuro este problema de delito sea mejor atendido y específicamente tratar las repercusiones que se pueda generar a través de un delito violento.

## REFERENCIAS CONSULTADAS

- Bowlby, Jhon (2003). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Paidós. Buenos Aires.
- Bowlby, Jhon. (2003). Muertes violentas: Universidad de Antioquia. Medellín
- Bowlby, Jhon. (2004). Attachment and loss, sandness and depression: Basic book.. Nueva York
- Barberá, Eredia Ester. (2004). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, España.
- Bandura, Albert. (2003). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Canad
- Bellack, L. Siegel,. (2005). Manual de psicoterapia breve e intensiva y de urgencia. Manual Moderno. México
- Cano Vindel. (2007). La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. Medicina y Seguridad del Trabajo, XLIV España
- Cano-Vindel (2006). Técnicas cognitivas en el control del estrés Madrid: UNED Ediciones.
- Cano-Vinde. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. Ansiedad y Estrés. UNED ediciones España
- Castelló, Benjamin. (2004). Dependencia emocional. Alianza España
- Dongil-Collado, Erickson. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. Ansiedad y Estrés, M.T. Madrid
- Dulmus Wodarski,. (2003). Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions. Brief Alemania
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. 2008.
- Fonnegra, Gerlein. (2005) De cara a la muerte Intermedio. Bogotá
- Foerster, Houler (2005) Cuando la muerte no se anuncia, Fundación. Bogotá:
- Foa Rothbaum Steketee, (2005). Treatment of rape victims. Journal Alemania
- Finkelhor, D. y Kendall-Tackett, K. (2005). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and Violent victimizatron.

Forgas, Jhon., & Niedenthal, Pecker. (2003). Cognición y emoción. Bilbao España

González Ordi, Humberto Miguel (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. Ansiedad y Estrés, M.T. Madrid

Kublerr Ross (2005). El Tratamiento del Duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia. Paidós. España

Lorenz, Kutler., (2004). Sobre la Agresión: el pretendido mal. Siglo XXI. Madrid

Maturana, Humberto (2006) Vínculos afectivos: formación desarrollo y pérdida. Morata. Buenos Aires.

Pina Vara Rafael (2004) “Diccionario de Derecho” Porrúa México

Rosovsky Susan (2004) “Estudios de alcoholismo, dependencia y sus afectaciones.

Riso, Walter. (2008). ¿Amar o Depender? Norma. Colombia

Roa Álvaro (2004). Trastorno de estrés postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. Ansiedad y Estrés, UNED ediciones. España

Sigmund Freud, (2007). Duelo y melancolía. Obras Completas. Volumen I. Cap. X. . Biblioteca nueva. España

[www.pgjdf.gob.mx/index.php/servicios/atencionvictimas/adevi](http://www.pgjdf.gob.mx/index.php/servicios/atencionvictimas/adevi)