

Estrés Postraumático. Una Perspectiva de Atención a Víctimas del Delito.

Posttraumatic stress. A perspective of care for victims of crime.

Fecha de presentación: Diciembre 2020

Fecha de aceptación: Febrero 2021

Nancy Morales Flores.
CLEU Campus Veracruz.

“Violencia social delincinencial asociada a la salud mental”

Resumen

El trastorno de estrés postraumático puede afectar la calidad de vida y por ende repercusiones que lleguen a generar incapacidad. Esto ha generado interés de investigadores y profesionales de la salud mental que se han enfocado ya no solo en describir el fenómeno, sino en, desarrollar opciones de tratamiento cada vez más eficaces, al tiempo que han surgido organizaciones no gubernamentales enfocadas a la atención de esta problemática. Si bien es cierto que cualquier persona es susceptible a desarrollar un trastorno como el de estrés postraumático, la víctima del delito tiene mayor factor de riesgo derivado del proceso de victimización, puesto que en la mayoría de los casos implica exposición a diversos tipos de violencia. Conforme a la Ley General de Víctimas, está en su derecho el recibir la atención que le permita no solo salvaguardar su integridad física y psicológica, sino brindar el tratamiento necesario para recuperarse, pero también es importante el tener acceso a servicios especializados en la materia, donde intervención, en este caso psicológica-psiquiátrica sea de acuerdo procedimientos actualizados y protocolizados que impliquen intervención breve en salud mental, como el enfoque de primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y modelo de consulta única.

Palabras clave

Derechos de las víctimas, estrés postraumático, intervención breve, intervención en crisis, Ley general de víctimas, modelo de consulta única, primeros auxilios psicológicos, salud mental, víctima del delito, victimización y violencia.

Abstract

Post-traumatic stress disorder can affect the quality of life and therefore repercussions that lead to disability. This has generated interest from researchers and mental health professionals who have focused not only on describing the phenomenon, but also on developing increasingly effective treatment options, while non-governmental organizations have emerged focused on the attention of this problematic. While it is true that anyone is susceptible to developing a disorder such as post-traumatic stress disorder, the crime victim has a higher risk factor derived from the victimization process, since in most cases it involves exposure to various types of violence. In accordance with the General Victims Law, it is your right to receive care that allows you not only to safeguard your physical and psychological integrity, but also to provide the necessary treatment to recover, but it is also important to have access to specialized services in the matter, where intervention, in this case psychological-psychiatric, is in accordance with updated and protocolized procedures that imply brief intervention in mental health, such as the psychological first aid approach, crisis intervention and consultation model methods, attack and control.

Keywords

Victims' rights, post-traumatic stress, brief intervention, crisis intervention, General Victims Law, single consultation model, psychological first aid, mental health, crime victim, victimization and violence.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente existen numerosos estudios e información para explicar y abordar el *estrés postraumático* y cada vez surge algo nuevo dada la diversidad de escenarios y factores vinculados al desarrollo de este trastorno.

Gross (2014) expone el efecto de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) como primeras observaciones relacionadas con lo que hoy se denomina *estrés postraumático* y describía que “varios soldados mostraban un estado parecido a la conmoción que era consecuencia de las experiencias traumáticas del combate prolongado” lo que se denominaba *neurosis de guerra*, un término altamente vinculado al psicoanálisis. Eder (1917) empleó la expresión *War-Shock* para referirse a un problema de salud mental en soldados, en su publicación “*War-shock: The psycho-neuroses in war psychology and treatment*” presenta casos con descripción de síntomas encontrados en los pacientes atendidos y el tratamiento que se les había proporcionado. Ya para la segunda Guerra Mundial (1939-1945), se utilizó el término *fatiga de combate* que describían síntomas predominantes como terror, agitación o apatía, e insomnio (Gross, 2014) y que Oppenheim desde 1916 ya había planteado como *neurosis traumática* sugiriendo relación con procesos no solo externos, sino asociados a reacciones cerebrales (Holdorff & Denning, 2011) haciendo notar otros síntomas en la población militar afectada como: amnesia, cefalea, nerviosismo, pesadillas, temblores, sensibilidad extrema al ruido, parálisis, mutismo y otros (Stucchi-Portocarrero, 2014). Algunas denominaciones más para el padecimiento mental observado eran *síndrome del corazón del soldado*, *choque de las trincheras* y *shell shock* (choque de bombardeo), siendo este último descrito por Mayer 1915.

Es hasta después de la Guerra de Vietnam (1955-1975) que queda establecido el nombre a trastorno por *estrés postraumático* o siglas *TEPT*, que de acuerdo con lo con Gross 2014, la denominación aparece por primera vez en el *DSM-III* en 1980 donde ya describe “*trauma psicológico o físico extremo fuera del rango de la experiencia normal [...]. Tales traumas incluyen amenaza física contra la propia persona o su familia, ser testigo de la muerte de otras personas o estar implicados en desastres naturales o provocados*”.

Una de las prioridades que se tenía en estas primeras observaciones clínicas de *estrés postraumático*, considerando las denominaciones previas, no era solo llegar a un consenso epistémico, sino generar propuestas de solución para el controlar el número de bajas por parte de los soldados tiempos de guerra, dado y que las autoridades precisaban saber, si tales bajas eran justificadas y que pudiera ser explicada y tratada por los profesionales de la salud mental de la época, o en su defecto, determinar si era excusa para evadir la responsabilidad al servicio de

la patria. También estaban los soldados sobrevivientes, aquellos que pudieron regresar y que mostraban importantes dificultades para reincorporarse a su vida cotidiana, no solo por alguna secuela física, sino por daño a su estado mental.

Con lo hasta ahora expuesto, es notable lo complejo que puede ser el *estrés postraumático*, más que para diagnosticar, para tratar de contener y revertir sus repercusiones. No solo representa un problema epistémico propiamente, implica un problema de salud pública debido a los costos de atención médica, capacitación, tratamiento farmacológico, así como a las implicaciones sociales, laborales y familiares que conlleva (Monson et al., 2009; Vargas & Coria 2017) y por otro lado están las implicaciones jurídicas ya sea desde la perspectiva del imputado para ser sometido a juicio y fundamentar una defensa por enfermedad mental hasta la revisión cuestiones relacionadas con la víctima del delito y derechos humanos.

El trastorno de *estrés postraumático* puede impactar en la calidad de vida y llegar a ser incapacitante, lo que ha permitido la aparición de organizaciones especializadas en atender esta problemática y el redoblado esfuerzo de investigadores interesados ya no solo en explicar, sino detener y revertir los daños generados de este padecimiento. Ahora

bien, en el caso de las víctimas del delito y el proceso de victimización, invariablemente dirige la atención a las secuelas en la salud mental derivada de la exposición a eventos traumáticos en múltiples casos por exposición directa o indirecta a la violencia. Es entonces, con este tipo de casos que será necesario brindar la atención de acuerdo a sus derechos tal como lo marca la Ley general de víctimas, pero sobre todo pueda tener acceso a servicios especializados en la materia donde se cuente con la aplicación de protocolos estandarizados.

2. Estrés y trauma

2.1. Estrés

Para abordar la definición de *estrés* se pueden considerar tres categorías como estímulo, respuesta e interacción (Bartlett, 1998).

Cox en 1978 identifica tres modelos explicativos del *estrés*:

- a. Modelo de ingeniería (relacionado con el estímulo

“Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas”

lo). Considera que las presiones externas dan lugar a la reacción de estrés o tensión del individuo, el estrés es aquello que le sucede a una persona (no lo que sucede dentro de esta). Ayuda a conservarse alerta, proporcionando parte de la energía requerida para mantener interés en el ambiente, explorarlo y adaptarlo.

b. Modelo fisiológico (relacionado con la respuesta). Se ocupa de lo que sucede dentro de la persona como resultado del estrés, lo que Selye (1956) refería que “el estrés es una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga”.

c. Modelo transaccional (Relacionado con la interacción). Representa una mezcla de los dos modelos anteriores donde Lazarus y Folkman (1984) describen que el estrés es “una relación particular entre la persona y el ambiente que la persona considera onerosa o superior a sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

2.2. Trauma y sucesos traumáticos

Cuando se emplea el concepto de trauma en el día a día, puede pretender la descripción de algo que se piensa o se hace en una cantidad mayor de lo habitual, que no siempre busca aludir un malestar, sin embargo, dentro de la salud mental dicho concepto cobra mayor relevancia ya que puede implicar no solo pensamientos y acciones que generan malestar, sino que pueden ser incapacitantes e ir vinculados, inclusive a otras psicopatologías.

La RAE señala que la palabra trauma viene del griego τραῦμα *traûma* ‘herida’ y la define como “choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente” y también que es una “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera”.

El trauma desde la vista de la salud mental puede ser definido dentro de instrumentos de clasificación internacional como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en la versión 5 de la APA (DSM-5)* y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10 y CIE 11)*.

De acuerdo con los instrumentos mencionados, el trauma se define:

- Para el DSM-5, el trauma es definido como cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo.
- Para el CIE-10, el trauma es definido como la respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresante (de duración breve o prolongada) de una naturaleza excepcional-

mente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en casi cualquier persona.

- Para el CIE-11, el trauma se define como cualquier exposición a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante u horrorizante que probablemente producirá un malestar profundo en la mayoría de las personas.

Otro concepto que pretende ser mucho más específico es el trauma complejo, lo que Cook et al. (2003) describía como un evento traumático que podía ser crónico, interpersonal y de inicio en la niñez, pudiendo ser el resultado de abuso sexual, físico y emocional en niños y niñas; negligencia, ser testigo de violencia doméstica; y la experiencia de vivir en un campo de refugiados. También considera que el trauma complejo llega a afectar la autorregulación, lo que a su vez impacta en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia; así como también problemas interpersonales y de identidad.

Como se puede apreciar como conceptualización general respecto al trauma es haber sido expuesto a un evento que genera suficiente estrés que rebasa la capacidad del sujeto para regular o hacer frente, creando efecto inmediato o tardío que genera un malestar significativo. Parte de las reacciones ante el trauma de acuerdo a Common Reactions After Trauma, del National Center for PTSD, U.S Department of Veterans Affairs y citado por Figueroa et. al. (2014) pueden ser clasificadas en cuatro grupos: reacciones emocionales, reacciones cognitivas, reacciones físicas y reacciones interpersonales, cada una de ellas incluye una lista detallada de indicadores.

2.3 Estrés postraumático

Gross (2014) menciona, para explicar el Trastorno de Estrés Posttraumático se pueden considerar dos vertientes: las explicaciones psicológicas, que regularmente emergen por causas ambientales, donde el tipo de respuestas sugieren un modelo de condicionamiento clásico detonando asociaciones entre estímulos presentes y el momento en que ocurre el suceso traumático. También están las explicaciones biológicas que pueden considerarse como una falla de la respuesta normal al estrés (Butler, 1996).

Bajo la premisa que evento traumático es la exposición a la amenaza o muerte real, lesiones graves o violencia sexual que puede experimentar de forma directa o indirecta, la American Psychiatric Association, (2013) a través del DSM-5 establece criterios diagnósticos para determinar presencia/ausencia de TEPT y que en una descripción breve señala que:

La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Las reacciones emocionales al evento traumático (p. ej., el miedo, la impotencia, el horror) ya no forman parte del Criterio A. La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento. En otros serían más angustiosos la anhe-

donia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Por último, algunos individuos presentan combinaciones de estos patrones de síntomas.

3. Consideraciones estadísticas

El impacto en la salud mental de un número considerable de personas coincide haber estado expuestas a un hecho delictivo violento y con ello determinar el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático, por lo que es necesario la revisión de cifras estadísticas que proporcionan cifras al respecto.

3.1. Estadísticas de la OMS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En 2013 un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, reportó que más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Estimándose en ese estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en ese último año.

En datos proporcionados por la OMS en 2016 en relación al panorama mundial, estimó que casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales.

3.2. Salud Mental en México

Es necesario partir de lo establecido en el Artículo 72 en el Capítulo VII de Salud Mental de la Ley General de Salud que reza lo siguiente:

La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Sin embargo, el panorama nacional sigue mostran-

do la brecha entre lo establecido en la ley y la realidad de nuestro sistema de salud. Por ejemplo, un informe de la OMS de 2011, en México existen 10 profesionales calificados por cada 100,000 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. El reporte también destacaba que además de ser insuficientes, estos recursos están mal distribuidos.

Datos precisos sobre la epidemiología en salud mental es limitado. En uno de los reportes recientes de INEGI solo arroja información de suicidio, depresión y anorexia. En cuanto al porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa fue de 8.6 % en el 2019 y que la cifra de defunciones por suicidio fueron 7223 en ese mismo año. Porcentaje de integrantes del hogar de 7 años y más con sentimientos de depresión por grupos de edad en 2017 era de 30.5 %.

3.3. Encuesta Nacional de Victimización

La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública, ENVIPE 2020 enlista entre sus sus objetivos, medir la victimización del hogar y la victimización, estimar el número de víctimas, estimar el número de delitos y estimar la cifra negra entre otros objetivos en relación al año 2019.

Reporta que, en relación a la prevalencia delictiva en hogares, durante 2019, 29.2% de los hogares del país, tuvo al menos, una víctima del delito. En cuanto a prevalencia delictiva en las personas, a nivel nacional, se estiman 22.3 millones de víctimas de 18 años y más, lo cual representa una tasa de 24,849 víctimas por cada cien mil habitantes. Durante el periodo evaluado, en relación a la incidencia delictiva por tipos de delito, se cometieron 30.3 millones de delitos asociados a 22.3 millones de víctimas, donde los tipos de delitos reportados con mayor incidencia fueron: robo o asalto en calle o transporte público (27%); extorsión (15.3%); fraude (15.1%); robo total o parcial de vehículo (11.4%); amenazas verbales (9.2%); secuestro, secuestro exprés, delitos sexuales y otros (8.8%); robo en casa habitación (6.1); lesiones (3.6%) y otros robos (3.4%).

Llama la atención que la incidencia delictiva es mayor en los hombres para la mayoría de los delitos, sin embargo, en los delitos sexuales las mujeres se ven más vulneradas al contabilizarse 9 delitos sexuales cometidos a mujeres por cada delito sexual cometido a hombres.

De los 17.9 millones de delitos estimados donde la víctima estuvo presente, los delincuentes portaban algún arma en 42.9% de los casos y en 8.9% de los casos el arma fue utilizada.

En 2019 se denunció el 11% de los delitos. Se denunció e inició una carpeta de investigación en 7.6% del total de los delitos. En 92.4% de los delitos no hubo denuncia o no hubo carpeta de investigación que se traduce en una cifra negra donde la población encuestada expuso las razones para no denunciar: pérdida de tiempo (36%); desconfianza en las autoridades (15.0%); tramites largos y difíciles (8.4%); actitud hostil de la autoridad (3.5%) y miedo a que lo extorsionaran (0.8%).

De las conductas delictivas o antisociales más frecuentes identificadas por la población en los alrededores de su vivienda fueron: consumo de alcohol y drogas en la calle, robos o asaltos frecuentes, disparos frecuentes, venta de drogas, pandillerismo o bandas violentas, riñas entre vecinos, homicidios y extorsiones (o cobro de piso) que varían en incidencia de acuerdo a cada entidad federativa.

3.4 Observatorio Ciudadano de Derecho de las Víctimas

Integrado por organizaciones civiles, colectivos de víctimas y personas expertas interesadas en promover una efectiva implementación de la Ley General de Víctimas y el fortalecimiento de las instituciones encargadas de la atención a Víctimas en México. En su página Web ofrecen algunos datos de las víctimas en México, refiriendo cifras en cuatro rubros específicos acumulados desde 2006 estimando incremento de la violencia, violación a los derechos humanos, así como incremento en el número de víctimas directas e indirectas. Las cifras reportadas son las siguientes:

- 311,839 Homicidios dolosos
- 73,952 Desaparecidos
- 338,405 Desplazamiento forzado
- 4,974 Personas exhumadas de fosas clandestinas

Estos datos son los que se presentaron hasta enero 2021.

4. La víctima del delito

Cuando se revisan temas de inseguridad y violencia es frecuente encontrarse con estadísticas respecto a la incidencia delictiva y la relación estrecha que se guarda con la proporcionalidad en el número de víctimas, es decir, el número de personas que se ven afectadas por la actividad delictiva. Cuando se ha consumado el proceso de victimización, lo siguiente es cuantificar daños y auxiliar a las víctimas, quienes entre más expuestas hayan sido a hechos violentos, mayores pueden ser las secuelas.

De acuerdo con la OMS (2002), la violencia es

definida como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

Desde 1993, el artículo 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se incluyó para abordar los derechos



de las víctimas del delito. Pero es hasta 2013 que es publicada la Ley General de Víctimas donde se hace la especificación respecto a la víctima del delito:

Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado.

De acuerdo con datos publicados en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2021), en 2014 que la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas se transforma en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) federal, instancia facultada para proporcionarles asesoría jurídica y que cuenta con un Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral. Esta comisión se brindan varios servicios ofrecidos a las víctimas del delito, tres de ellos se encuentra directamente relacionados con la salud mental como lo son: atención psicológica (En casos de urgencia y/o terapia breve), canalización de la víctima a las instituciones correspondientes y acompañamiento a la víctima.

La tarea de atender a la víctima del delito requiere del esfuerzo

y trabajo coordinado entre distintos órganos y niveles de gobierno. Esto se señala en distintos apartados de la Ley General de Víctimas como, por ejemplo, en una fracción del Artículo 28 señala que “la gravedad del daño sufrido por las víctimas será el eje que determinará prioridad en su asistencia, en la prestación de servicios y en la implementación de acciones dentro de las instituciones encargadas de brindarles atención y tratamiento”, por tanto, las instituciones y órganos participantes deben dirigir sus esfuerzos en esa dirección. Por otro lado, en el Artículo 30, fracción VII menciona que los “Servicios de atención mental en los casos en que, como consecuencia de la comisión del delito o de la violación a sus derechos humanos, la persona quede gravemente afectada psicológica y/o psiquiátricamente” son considerados un servicio de emergencia y también un derecho. En materia de asistencia, el Artículo 34, fracción I, apunta, entre otros detalles, el derecho a que se le proporcione atención psicológica y médica de calidad, además de se brindarán de manera permanente, cuando así se requiera, y no serán negados.

5. El manejo del trauma

El manejo del trauma, tomando en cuenta la connotación a los padecimientos relacionados con la salud mental, el proponer y brindar un tratamiento es un tema serio que implica seguir procedimientos propios en materia de salud, como por ejemplo, en el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 de la OMS establece en uno de sus principios la práctica basada en evidencias en el que las estrategias e intervenciones para la prevención, tratamiento y promoción de la salud mental deben basarse en evidencia científica y/o mejores prácticas, considerando el contexto cultural.

Entorno a las necesidades que se plantean en atención a Víctimas del delito, la misma OMS (2002) emitió ocho recomendaciones que reflejaban la necesidad de estrategias multisectoriales. En una de sus recomendaciones subraya la importancia de “Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia” para que los sistemas nacionales de salud, deberían aspirar a dispensar una asistencia de alta calidad a las víctimas de todos los tipos de violencia y a asegurar los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir ulteriores complicaciones”.

Aunque la atención en Salud Mental y Salud en general forman parte de un derecho que estima que para todos debe ser igual, accesible y de calidad, la realidad es que los sistemas públicos con regularidad se encuentran rebasados, lo que conlleva, no solo a la dificultad para atender la demanda, sino para ofrecer servicios de calidad que es difícil el que se pueda aplicar protocolos de intervención donde se contemplan técnicas y temporalidad específica. Sin embargo, existen organismos independientes, que, aunque pudieran estar enfocados a un servicio a bajo costo o gratuito, se esmeran en aplicar estándares de calidad, capacitan y se aseguran que su personal o voluntarios cuenten con las habilidades y conocimientos adecuados para hacer llegar lo mejor de la atención en salud mental a la población vulnerable. Estas acciones no solo hacen accesible un servicio, sino que reiteran el derecho a la salud, incluso invierten en investigación y trabajo comunitario para definir necesidades particulares de la población

con la que llegan a trabajar. Algunas de estas organizaciones son:

- El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Red humanitaria neutral e imparcial, el Movimiento brinda protección y asistencia a personas afectadas por desastres y conflictos armados 311,839 Homicidios dolosos.
- Save the Children México. Defiende los derechos de la niñez, protegiéndolos de violencia infantil, desnutrición, acoso, maltrato, explotación y más.
- Médicos Sin Fronteras (MSF). es una organización médico-humanitaria de carácter internacional que aporta su ayuda a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin ninguna discriminación por raza, religión o ideología política.

Ahora, pensar en el abordaje para el trauma, para brindar tratamiento a personas con Trastorno de Estrés Posttraumático que además ya fueron identificadas como víctimas del delito no se reduce a una “terapia psicológica” por parte de cualquier profesional de la salud mental, que aunque son regularidad suele ser así, pues para un número de personas el tener acceso a un servicio de atención en salud mental, ya es ganancia, pero de ahí que el tipo de atención que reciba verdaderamente sea enfocado a la solución del problema, a detener o revertir el malestar emocional, dista, dista mucho. Es por ello importante que algo esencial es conocer la evolución natural del trauma, del Trastorno de Estrés Posttraumático, de su etiología, de la comorbilidad frecuente con otros trastornos o problemas de salud mental, del tiempo que ha transcurrido entre la fecha del evento traumático y la fecha de atención, la edad de la persona, el tipo de situación, la exposición reiterativa, etcétera. Es importante delimitar cuando una persona es candidata a tratar el estrés posttraumático y cuando debe realizarse otro tipo de intervención (Vargas & Coria, 2017).

5.1. Opciones de intervención en estado psicológico crítico.

A continuación, se enlistan algunos protocolos que deben considerarse en el trabajo con víctimas del delito:

Plan de autocuidado y rescate. Vargas y Coria (2017) describen a detalle este protocolo, que en primera instancia sugiere que debe observar el pro-

fesional de la salud mental es evaluar donde y como puede intervenir. Por ejemplo, cuando las situaciones de violencia van en aumento, se asume que las personas a las que se les está violentando requieren salir del ambiente cuanto antes, pero antes de cualquier maniobra, sugieren, como uno de los primeros es recibir orientación del área legal y recibir recomendaciones, así como evaluar las redes de apoyo de la persona. Para Vargas y Coria (2017) este protocolo consiste en ayudar a la persona a discriminar situaciones de violencia y recibe entrenamiento en comportamientos que le ayuden a disminuir o mitigar las agresiones. Los pasos para este protocolo son:

- 1) Establecimiento de la colaboración.
- 2) Identificación de las situaciones de riesgo.
- 3) Establecimiento de las conductas de autocuidado.
- 4) Abandono de situaciones de riesgo.
- 5) Reincorporación hacia una vida valiosa.

Intervención en crisis. Mitchel (2004) observó que, aunque el trabajo de la intervención en crisis está orientado para ser aplicada por psiquiatras y psicólogos, no es extraño que esta intervención también sea proporcionada por bomberos, médico de urgencias, personal de rescate, oficiales de policía, médicos en distintas áreas de servicio, enfermeras, soldados, clérigos, trabajadores hospitalarios, personal de comunicaciones y miembros de la comunidad.

Tal observación es interesante porque nos indica que el entrenamiento a personal que llega a tener contacto con población vulnerable, puede ser de gran utilidad y facilitar el acceso a los servicios, sobre todo en situaciones de emergencia donde el número de víctimas rebasa por mucho el número de personal. Por supuesto que ello implica que el personal de apoyo reciba la capacitación al respecto. Mitchell (2004) propone intervenir de inmediato ante un evento crítico, y divide en dos momentos. El primer momento lo denominó desactivación (*defusing*), que es una intervención inmediata que puede ocurrir en las primeras 24 horas posteriores al evento traumático. El segundo momento de interrogatorio (*defriefing*) es un segundo momento de intervención que se realiza entre las 24 y 72 horas después de transcurrido el evento, dentro su protocolo para este segundo momento consta de:

- 1) Introducción, reglas y lineamientos.
- 2) Descripción de los hechos.
- 3) Integración de los pensamientos.
- 4) Promover el procesamiento emocional.
- 5) La persona describe síntomas que experimenta.
- 6) Se brinda información
- 7) Aclaración de dudas.

Primeros auxilios psicológicos. Está dirigida a personas angustiadas, afectadas recientemente por un acontecimiento crítico grave (Médicos Sin Fronteras, 2017). Los Primeros Auxilios Psicológicos están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento. Los principios y las técnicas de los Primeros Auxilios (NCTSN, 2006). Acciones básicas del protocolo:

- 1) Contacto y acercamiento.
- 2) Seguridad y alivio.
- 3) Estabilización (de ser necesaria).
- 4) Recopilación de información: Necesidades y preocupaciones actuales
- 5) Asistencia práctica.
- 6) Conexión con apoyos sociales.
- 7) Información sobre el manejo de adversidades.
- 8) Enlace con servicios de colaboración.

Modelo de consulta única (psicoterapéutica o consejería). Esta modalidad requiere que el personal de salud mental esté capacitado para realizar una intervención única y no existe la probabilidad de volver a ver a la persona.

Se trata de una intervención breve en las que se busca principalmente la normalización de síntomas, evidenciar un problema, facilitar la expresión de sentimientos en personas que han sido víctimas de un evento adverso y que, como tal, están teniendo reacciones psicológicas normales frente a dicho evento; sabemos que estas reacciones, aunque intensas en ocasiones, buscan ser adaptativas a la nueva situación. También se busca reforzar los mecanismos de adaptación y protección de la persona que consulta. (Médicos Sin Fronteras, 2017).

5.2. Intervención psicológica breve

La actualización en procedimientos de intervención psicoterapéutica ha puesto de relieve la importancia desarrollar y aplicar herramientas que cuenten con evidencia científica, pero sobre todo se enfoquen en la solución de problemas y empoderamiento del paciente/cliente/consultante para generar capacidad de autogestión y no sea necesario depender del trabajo del terapeuta que permita ver resultados en corto tiempo, de tal manera que permitan disminuir costos y permita a los sistemas fluidez del servicio. Las características mencionadas representan un formato idóneo aplicable a personas que han sido víctimas del delito y puedan acceder a un servicio del que puedan obtener resultados favorables respecto a su salud mental.

A continuación, se menciona algunas propuestas modelos de intervención que han probado resultados y el tiempo de intervención puede oscilar entre 4 a 12 sesiones para trabajo individual, familiar o grupal:

Terapia breve estratégica. La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que esta última se enfoca en al tratamiento de trastornos psicológicos, los abordajes llegan a darse de al menos cinco sesiones y pueden incrementarse en relación a la problemática, pero no excederán en innumerables sesiones (Hewitt, N.

& Gantiva, C. A., 2009; Labrador, et. al., 2001). 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 (Kristen, 1999).

Terapia cognitivo conductual. La terapia cognitivo-conductual (TCC) funciona al centrarse en los pensamientos, las emociones y los comportamientos del paciente y desafiar los pensamientos extraños o disfuncionales. La TCCp estándar tiende a incluir alrededor de 16 sesiones (12 a 20 sesiones) durante cuatro a seis meses, mientras que la TCCp breve incluye alrededor de seis a 10 sesiones, en menos de cuatro meses (Naeem F, Farooq S, Kingdon D, 2015).

Terapia de aceptación y compromiso. Desde este modelo, se asume que el dolor es una condición normal en la vida del ser humano y es inherente a él; La terapia de aceptación y compromiso propone una alternativa a la conceptualización de la patología y trabaja sobre procesos y no sobre síntomas, su premisa principal es que pretende llevar a las personas a que realicen acciones comprometidas con sus valores, que promueve la apertura a la experiencia interna sin juzgarla ni evitarla, la aceptación del dolor como parte inherente a la vida de los individuos y pretende impactar en la calidad de vida. (Vargas & Coria 2017).

5. CONCLUSIONES

A lo largo de este documento se ha expuesto en perspectiva información que permite observar apenas un poco de lo complejo que puede resultar determinar el tratamiento y revertir los daños psicológicos provocados por un evento traumático, la situación se torna aún más complicada cuando el tipo de evento es derivado de la exposición a un hecho delictivo y alto contenido violento. Si bien es cierto que existen personas que desarrollan resiliencia con sus propios recursos personales, la realidad es que en la mayoría de los casos suele darse generar complicaciones que pueden afectar la vida de la persona temporal o permanentemente. Hay una cantidad innumerable de variables que determinan el grado del impacto, del trauma y el tipo de trastorno mental a desarrollar y esto en el contexto de la victimología, es un tema a revisar y para coordinar esfuerzos que permitan brindar una atención integral a las víctimas. Una persona puede cursar con TEPT debido a presenciar un enfrentamiento entre dos grupos delictivos contrarios y en el fuego cruzado sufrir el impacto de un disparo que deje como secuela una lesión de columna al grado de perder la capacidad de caminar y que se dedicaba al comercio como vendedor ambulante y único ingreso familiar y después, derivado de este evento requiera estar hospitalizado, tener que conseguir para costear tratamientos o medicamentos y que el trato del personal pueda tildar de tener una participación con el grupo delictivo. Esta breve ejemplificación deja en la mesa que las necesidades de una persona que ha sido víctima de violencia son muchas y que deben ser una prioridad, que en ocasiones requiere la participación de varios profesionales a la vez y que éstos a su vez, puedan reconocer el orden de las prioridades

en la tarea de prevenir y salvaguardar la integridad de la víctima, que puede ser directa e indirecta. Por otro lado, que debe ser tan inmediata como sea factible y que, dada la naturaleza de su experiencia, se requiere persona capacitado en protocolos actuales y específicos para intervención, sobre todo en materia de salud mental y que sean sensibles al trabajo en esta área. Como se puede ver en las estadísticas incidencia delictiva vs número de víctimas presentan cifras muy cercanas, deja un mal sabor el que exista una cifra negra mucho muy grande comparada con los casos que son denunciados y que dentro de los motivos de la víctima para no acercarse a la autoridad o a un servicio al que tiene derecho, sea por desconfianza, por percibir que no sirve de nada, que el trato no es bueno. Todavía más inadmisibles es cuando este tipo de quejas sean después acudir a un servicio para recibir una atención en salud mental, donde no solo el trato no sea sensible al tipo de persona, sino que se ofrezca un tratamiento carente de calidad, desactualizado y que termina sumando violación más a su derecho a la salud.

Seguramente hay casos de trabajo exitoso, claro, quizá también servidores públicos responsables y comprometidos, pero falta mucho más por hacer, que no se trata de exigir a la autoridad responsable nada más, toca a todo profesional que en algún momento interviene en el trato y atención a víctimas, el que busque capacitarse, dar un mejor servicio, mantener un grado de compromiso técnico y calidez humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2013). Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5. APA.
2. Bartlett, D. (1998). *Stress: Perspectives and processes*. Buckingham: Open University Press. Pp. 2-7. Recuperado 25 de enero 2021: *Stress: Perspectives and Processes - Bartlett, Dean - Google Libros*
3. Butler, K. (1996). The biology of fear. *Family Therapy Networker*, 20, 39-45.
4. Carvajal, César. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 221-224. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000300001>
5. Comisión Nacional de Derechos Humanos (2021). Atención a Víctimas del Delito. Página web oficial. Recuperado 25 de enero de 2021: <https://www.cndh.org.mx/programa/31/atencion-victimas-del-delito>
6. Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. National Child Traumatic Stress Network. Recuperado 25 de enero de 2021: <https://www.nctsn.org/resources/complex-trauma-children-and-adolescents>
7. Eder, M. (1917). *War-shock: The psycho-neuroses in war psychology and treatment*. London: William Heinemann. pp. 2, 146-152. Versión digital disponible en: *War-shock: the*

- psycho-neuroses in war psychology and treatment, ... - Full View | HathiTrust Digital Library | HathiTrust Digital Library
8. Figueroa, R.A., Cortés, P.F., Accatino, L., Sorensen, R. (2014). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 144(5), p.p.643-655. Recuperado 25 de enero 2021: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>
 9. Gross, Richard. (2012). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta* 5ª edición. Manual Moderno, pp. 554-556
 10. Hewitt, N. & Gantiva, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1),165-176. Pp. 1794-4724. Recuperado 25 de enero 2021: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=799/79911627012>
 11. Holdoff, B., & Dening, D. T. (2011). The fight for 'traumatic neurosis', 1889-1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *History of Psychiatry*, 22(4), 465-476. <https://doi.org/10.1177/0957154X10390495>.
 12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE). Recuperada 25 de enero 2021: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2020/doc/envipe2020_presentacion_nacional.pdf
 13. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, INGI (2017). Encuesta Nacional en Hogares, ENH. Recuperado 25 de enero 2021: <https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/>
 14. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, INGI (2019). Salud Mental. Defunciones por suicidio. Recuperado 25 de enero 2021: [https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/Intervenciones en Salud Mental y Psicosocial en Desastres Naturales](https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/Intervenciones%20en%20Salud%20Mental%20y%20Psicosocial%20en%20Desastres%20Naturales). Centro Operacional Barcelona. Recuperado en 25 de enero de 2021: https://www.msf.mx/sites/mexico/files/attachments/msf-smaps_desastresnaturales_0.pdf
 15. Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. & Fernández, J. (2001). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Asamblea Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo XXI. Toledo, 26 de octubre de 2001.
 16. Ley General de Salud. En *Diario Oficial de la Federación*. México. 7 de enero de 2021.
 17. Ley General de Víctimas. *Diario Oficial de la Federación*. México. 6 de noviembre de 2020.
 18. *Medicos Sin Fronteras* (2017). *Manual práctico de Diseño e Implementación de*
 19. Mitchell, J. (2004). *Crisis Intervention and Critical Incident Stress Management: A defense of the field*. Recuperado 25 de enero de 2021: https://www.researchgate.net/publication/265190414_Crisis_Intervention_and_Critical_Incident_Stress_Management_A_defense_of_the_field/citation/download
 20. Mitchell, J. T. (2004). *Crisis Intervention and Critical Incident Stress Management: A defense of the field*. In *International Critical Incident Stress Foundation*. Recuperado el 25 de enero de 2021: <http://www.icisf.org/wp-content/uploads/2013/04/Crisis-Intervention-and-Critical-Incident-Stress-Management-a-defense-of-the-field.pdf>
 21. Monson, C.M., Taft, C.T. y Fredman, S.J. (2009). Military-Related PTSD and Intimate Relationships: From Description to Theory-Driven Research and Intervention Development. *Clinical Psychology Review*, 29, 707-714.
 22. Myers, Charles. (1915). A contribution to the study of shell shock. *The Lancet*, Volume 185, Issue 4772, pp. 316 – 320. Recuperado 25 de enero 2021: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)52916-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)52916-X). (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360052916X>)
 23. Naeem, F., Farooq, S., Kingdon, D. (2015) *Terapia cognitivo-conductual breve versus estándar para la esquizofrenia*. *Cochrane*. Recuperado 25 de enero de 2021: https://www.cochrane.org/es/CD010646/SCHIZ_terapia-cognitivo-conductual-breve-versus-estandar-para-la-esquizofrenia
 24. *National Child Traumatic Stress Network National Center for PTSD* (2006). *Primeros Auxilios Psicológicos - Guía de Operaciones Prácticas 2ª Edición*. Recuperado 25 de enero de 2021: <https://www.nctsn.org/resources/primeros-auxilios-psicologicos-guia-de-operaciones-practicas-2da-edicion>
 25. OMS, Informe sobre sistema de salud mental en México, 2011. Recuperado 25 de enero de 2021: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
 26. Organización Mundial de la Salud (2013). La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. *Comunicado de prensa [versión en línea]*. Recuperado 25 de enero de 2021: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
 27. Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Catalogación por biblioteca de la OMS.
 28. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. (2002). *Informe mundial sobre la violencia*. Recuperado 25 de enero de 2021: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
 29. Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, Con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Editorial Médica Panamericana.
 30. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea]. Recuperado 25 de enero de 2021: <https://dle.rae.es>
 31. Sanfelippo, Luis. (2017). *Concepciones y Tratamientos de las Neurosis de Guerra Durante la Primera Guerra Mundial*. *Revista Psicología e Saúde*. 9. 5. 10.20435/pssa.v9i2.479. Recuperado 25 de enero 2021: https://www.researchgate.net/publication/318007264_Concepciones_y_Tratamientos_de_las_Neurosis_de_Guerra_Durante_la_Primer_Guerra_Mundial
 32. Secretaría de Salud, Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México, p. 65
 33. Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York. McGraw-Hill. Pp.128-149
 34. Stucchi-Portocarrero, Santiago. (2014). La Primera Guerra Mundial y su impacto en la psiquiatría. *Revista de Neuropsiquiatría* Vol. 77. Número 3. Pp. 139-143.
 35. Vargas, S. A. N. y Coria L. K. (2017). *Estrés postraumático: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Manual Moderno.

REFERENCIAS