



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO-
CONDUCTUALES EN EL TRATAMIENTO DE
VÍCTIMAS DE SECUESTRO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN

CELESTE VERÓNICA ÁNGELES FUENTES
DIANA AVILA DE LA ROSA

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: LIC. ESPERANZA ENRIQUEZ CERVANTES
COMITÉ: DRA. MA. DEL SOCORRO CONTRERAS RAMÍREZ
MTRA. JULIETA BECERRA CASTELLANOS
LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ
LIC. JUAN JOSÉ SALDAÑA CASTILLO



MÉXICO, D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias y agradecimientos:



Agradezco a Dios por darme unos padres y hermanos maravillosos, a la familia Ventura Rodríguez, por apoyarme a lo largo de mi vida y trayectoria escolar, pero sobre todo agradezco mi esfuerzo y dedicación para culminar este proyecto.

Ángeles Fuentes Celeste Verónica

Agradezco y dedico principal e infinitamente a mis padres, por sus sabios consejos, por la enseñanza de sus valores, sus ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan, por su amor, su continua motivación y apoyo durante mi trayectoria académica que han sido fundamentales para el logro de mis objetivos.

A mis hermanos y demás familiares que confían en mí y que han sido testigos del esfuerzo y dedicación en la elaboración de este trabajo de tesis y en general de cada meta lograda.

Avila de la Rosa Diana

Dedicatorias y agradecimientos:



A nuestra directora de tesis, tutores adjuntos y sinodales por su gran apoyo, su motivación y tolerancia, por su valioso tiempo compartido y enseñanzas que impulsaron el desarrollo de este proyecto.

A nuestros amigos y amigas con quienes el apoyo ha sido incondicional y recíproco no solamente en nuestra formación profesional, sino en muchos otros momentos compartidos, no es necesario nombrarlos, pues saben a quienes nos referimos.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y en especial a la **FES- Zaragoza y carrera de Psicología**, por abrirnos sus puertas, permitirnos ser parte de una de sus generaciones y por darnos el privilegio de habernos formado como profesionales.

Ángeles Fuentes Celeste Verónica

Avila de la Rosa Diana

*He sido victimizado.
Estuve en una lucha que no fue justa.
Yo no pedí esa lucha y perdí.
No hay vergüenza en perder esas luchas,
Sólo en ganarlas.
He llegado a la fase de sobreviviente
Y no me he esclavizado como víctima.
Miro hacia atrás con tristeza y no con odio.
Miro hacia el futuro con esperanza
Y no con desilusión.
Puede ser que nunca olvide,
Pero no necesito recordar constantemente.
Fui una víctima. Soy un sobreviviente.*

Frank Ockberg

INDICE

RESUMEN.	6
INTRODUCCIÓN.	6
MARCO TEÓRICO.	9
1. EL SECUESTRO.	9
1.1 Antecedentes históricos y definición.	9
1.2 Clasificación del delito de secuestro.	17
1.3 Organización, planeación y fases de un secuestro.	19
1.4 Algunos datos sobre los secuestradores en México.	22
1.5 Causas del secuestro.	24
1.6 Consecuencias del secuestro.	29
1.6.1 Consecuencias sociales.	29
1.6.2 Consecuencias familiares.	31
1.6.3 Consecuencias personales.	34
1.6.3.1 Consecuencias físicas.	34
1.6.3.2 Consecuencias psicológicas.	35
2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).	40
2.1 Historia y definición.	40
2.2 Sintomatología y diagnóstico.	44
2.2.1 Criterios Diagnósticos del TEPT de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).	46
2.2.2 Criterios Diagnósticos del TEPT de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades,	

(CIE-10).	47
2.3 Factores de riesgo para desarrollar TEPT.	49
2.4 Tratamiento desde diversos enfoques para TEPT.	51
3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (T C-C).	53
3.1 Explicación del TEPT por el modelo C-C.	66
3.2 Evaluación C-C del TEPT.	70
3.3 Tratamiento C-C para TEPT.	75
3.4 Técnicas de la terapia Cognitivo-Conductual.	77
3.4.1 Terapia Racional Emotiva (TRE).	77
3.4.2 Entrenamiento en solución de Problemas (SP)	84
3.4.3 Autocontrol.	89
3.4.4 Desensibilización Sistemática (DS).	92
3.4.5 Terapia Implosiva (TI).	98
3.4.6 Modelo cognitivo de la depresión de Beck.	103
3.4.7 Inoculación al estrés (IE).	108
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	114
MÉTODO	115
RESULTADOS	118
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TEPT POR SECUESTRO	129
CONCLUSIONES	136
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	140
ANEXOS	148

UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN EL TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS DE SECUESTRO

Resumen

El presente trabajo se desarrolló como una tesis documental, cuyo objetivo fue analizar técnicas de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la sintomatología que presentan las víctimas de secuestro. Para lograr dicho objetivo se llevó a cabo una recopilación y análisis de diversas fuentes de información, principalmente bibliográficas y hemerográficas. Entre los resultados, se encontró que, bajo la influencia de diversos factores, las consecuencias psicológicas para los exsecuestrados, además de ser un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como problemas adyacentes que pueden presentar se encuentran: depresión, ansiedad generalizada, inicio o incremento en el consumo de alcohol u otras sustancias, sentimientos de despersonalización, somatizaciones, entre otros menos frecuentes. Así mismo, existen y se utilizan tratamientos de otros enfoques para los ex secuestrados, sin embargo, no se sabe de su efectividad. Se concluyó que es posible utilizar eficazmente la terapia Cognitivo-Conductual y sus técnicas en el tratamiento de las víctimas de secuestro. Finalmente se realizó una propuesta de intervención para TEPT por secuestro.

INTRODUCCIÓN

Una de las problemáticas más graves y alarmantes en México es la inseguridad, específicamente el secuestro, ya que es una de las prácticas más exacerbadas de la delincuencia organizada, dejando severas consecuencias para la víctima, su familia, y en general para toda la sociedad.

Después de sufrir un evento traumático como éste, las personas suelen tener miedo, impotencia, terror; reexperimentan el suceso, evitan situaciones asociadas al evento y manifiestan una respuesta de sobresalto exagerada que les dificulta concentrarse o conciliar el sueño. Estos síntomas son característicos del Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante TEPT), si bien, existen tratamientos para este trastorno, hacen falta tratamientos psicológicos específicos para las víctimas de secuestro. Aunque la ayuda psicológica existe, no es sistemática y debido a ello no puede haber una evaluación adecuada del cambio al terminar un tratamiento psicológico para atender los síntomas del secuestro. Por lo tanto, es necesario desarrollar y/o

considerar técnicas ya existentes, en este caso las que tienen un enfoque cognitivo-conductual, que son útiles durante el tratamiento de TEPT, entre las cuales se encuentran: la terapia racional emotiva, resolución de problemas, autocontrol, desensibilización sistemática, terapia implosiva y modelo cognitivo de la depresión de Beck. La importancia de dichas técnicas, radica en que cada una va dirigida a disminuir los síntomas característicos, en este caso del TEPT, ya sean somáticos, cognitivos, conductuales o afectivos, incluso también es posible tratar otros síntomas que no son característicos del TEPT como la angustia y/o la depresión, pero que de forma adyacente pueden presentar las víctimas de secuestro. El objetivo del presente trabajo fue analizar y proponer técnicas Cognitivo-Conductuales que sean útiles para el tratamiento del TEPT en las víctimas de secuestro, para lograr tal objetivo se hizo una recopilación y análisis exhaustivo de diversas fuentes bibliográficas y hemerográficas. Para estructurar el trabajo se incluyeron tres capítulos, mismos que fueron las categorías de análisis: en el primer capítulo se abordaron los temas de secuestro, sus antecedentes históricos, causas, tipos, las fases en que se lleva a cabo este delito, las características de los secuestradores, las consecuencias a los niveles social, familiar y específicamente en las consecuencias psicológicas que tienen las víctimas; el segundo capítulo trata de el Trastorno de Estrés Postraumático, desde historia y definición, sintomatología y diagnóstico, los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV y al CIE-10, los factores de riesgo para desarrollar TEPT, y los tratamientos que existen para éste trastorno, específicamente para víctimas de secuestro; dentro del tercer capítulo se incluyó la terapia Cognitivo-Conductual, la evaluación que se hace en la terapia, explicación desde este enfoque para el TEPT y las técnicas que se consideraron útiles para un tratamiento con las víctimas de secuestro.

Para la obtención de los resultados se realizó una técnica de análisis centrada en las categorías de análisis, buscando la relación entre sí: primero la relación de los síntomas de las víctimas de secuestro y su correspondencia con un TEPT, posteriormente los tratamientos que hay, específicamente de corte Cognitivo-Conductual y por lo tanto que sean eficaces para la sintomatología de los exsecuestrados. Los resultados mostraron que a partir de diversos factores que influyen en las consecuencias para las víctimas, éstas suelen presentar TEPT y/o también otros problemas como depresión, ansiedad

generalizada, inicio o incremento en el consumo de alcohol u otras sustancias, sentimientos de despersonalización, somatizaciones, entre otros menos frecuentes. Finalmente se encontró de acuerdo a estudios con evidencia empírica de tratamientos eficaces para el TEPT, que es factible incluir en el tratamiento técnicas como: exposición prolongada, reestructuración cognitiva e inoculación al estrés principalmente. Sin embargo, también se proponen las siguientes técnicas para el trabajo terapéutico con las víctimas de secuestro: terapia racional emotiva de Ellis, el entrenamiento en solución de problemas, autocontrol, desensibilización sistemática, terapia implosiva y el modelo cognitivo de la depresión de Beck, mismas que se incluyen en el capítulo tres.

1. EL SECUESTRO

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y DEFINICIÓN

Para poder hablar del secuestro tal y como ahora se conoce es necesario conocer su transformación a través de la historia:

De acuerdo con Jiménez (2002) el origen del secuestro, proviene del robo de personas, convirtiéndolas en esclavos. De esta manera, podrían ser vendidas y así obtener una compensación monetaria, otro era el caso en que si se le quería conservar, se mantenía una servidumbre por parte de la persona o esclavo y sus sucesores por muchos años; de la misma forma, era posible el caso del robo de un esclavo, el cual se podría constituir como una venganza primitiva, es decir, el hacer justicia particular con un menoscabo al patrimonio.

Otro es el caso, en donde esta forma de agresión ha sido utilizada para extorsionar a la sociedad. Jiménez (2002) menciona como ejemplos a las tribus vikingas, célticas y germanas, quienes usaban el secuestro, raptos de mujeres o bienes materiales para conseguir sus propósitos. De la misma manera, en épocas pasadas, hubo innumerables casos de secuestros de príncipes, princesas, héroes, etc., no solamente con el propósito de obtener beneficios y recompensas en especie y dinero, sino también para fijar condiciones de guerra.

El mismo autor menciona que en las grandes obras griegas de Homero también se encuentran varios relatos referentes al secuestro, tanto en la Ilíada como en la Odisea, pues el tema central en la Ilíada es el rescate de la bella Elena llevado a cabo por Aquiles en contra de la ciudad de Troya. Es importante señalar que el poeta griego, acepta la violencia sin sentimentalismos como un factor de la vida humana, y que tres mil años después es posible ver que no ha cambiado esta condición humana en tal aspecto.

Hacia el año 1500 antes de Cristo, la piratería había echado ondas raíces en Grecia, Libia, Egipto y Sicilia, formando bases significativas para acrecentar el crimen que se cometía en el mar, para mitificar y así llegar a legalizar tal sistema. En los momentos iniciales de la piratería, el plagio se consolidó como sistema económico. Otro caso, es el de los fenicios, que

plagiaban a doncellas y mancebos griegos y exigían por ellos un rescate, o los enviaban a Delfos, una isla del Egeo, centro internacional de este tipo de negocio en esa época.

En la época de los romanos se practicaba el crimen *plagium*, que consistía en el rapto de esclavos para apropiarse de éstos. El secuestro era utilizado por el imperio para derrotar a sus enemigos, pues capturaban a las personas principales de un reino para cobrar rescate por ellas. En aquel tiempo este delito era sancionado por la ley militar y abarcaba dos formas: 1) apoderamiento de un hombre libre y, 2) aprehensión y retención de un esclavo para perjudicar a su dueño, esta última se basó principalmente en violencia física o moral usada contra una persona para que realizara un acto requerido por los delincuentes (Callamand, 1998, citado en Martiñón, 2008).

Debido a la frecuencia con que se presentaba este delito, fue necesaria la tipificación universal del secuestro, con afán de proteger de alguna manera a todos los seres humanos, es decir, al eliminarse la esclavitud de todas las leyes modernas, el delito de secuestro tuvo que cambiar. No desapareció debido a la efectividad de éste, en lugar de mantenerse como una venganza al patrimonio de las personas se constituyó como un delito en contra de la libertad.

Muchos casos sobresalientes de secuestros se han dado en la historia de la humanidad. Uno de los primeros se documentó en Roma en el año 78 a.C cuando Julio César viajaba en un barco mercante a la isla de Rodas siendo privado de su libertad por piratas que pidieron un rescate de 20 "talentos", lo que, molestó a César por pensar que valía al menos 50. Después de pagar el rescate y ser liberado, César persiguió a los autores, deteniendo 350 piratas y recuperó el dinero del botín (Martiñón, 2008).

Así al eliminarse la esclavitud, el delito de plagio (apoderamiento de personas) cambió a secuestro, ya en la Edad Media, especialmente en Alemania, el secuestro era considerado un robo y se castigaba como tal. Durante las cruzadas, Ricardo Corazón de León, uno de los generales cristianos, fue retenido, no precisamente por los moros, sino por un aliado suyo, el Duque, quien le puso precio a su libertad. En los siglos XVI y XVII, en el Mediterráneo era muy frecuente el aprisionamiento de cristianos por piratas moros o mahometanos, quienes para liberarlos exigían siempre un rescate. En Inglaterra del siglo XVIII surgieron los *press-gangs*, bandas de

secuestradores que operaban a favor del ejército y la marina, exigían a los hombres alistarse en las filas de los regimientos británicos. En China, durante el siglo XIX, era muy habitual el *shanghaien* o secuestro de personas a quienes drogaban para obligarlas a subir a barcos especializados en comercio y tráfico de esclavos (Clutterbuck 1979).

En el año de 1537 en Colombia, Gonzalo Jiménez de Quesada secuestró al zaque Quemanchatocha, en la localidad de Hunza. El conquistador para liberar al zaque, les exigió a sus súbditos la entrega de sus tesoros, el codiciado y mítico Dorado. No obstante, de haber recibido grandes cantidades de oro y esmeraldas, los aliados de Jiménez de Quesada torturaron cruelmente a Quemanchatocha hasta darle muerte (Castro y Núñez, 1999).

De acuerdo con Besares y Gómez (2003), otro de los antecedentes más importantes del incremento de este delito ocurrió en España en 1869 en la provincia de Málaga. Un fragmento de la época muestra la situación que se presentaba en ese país durante ese tiempo:

La primera reacción es de estupor, luego de alarma cuando la epidemia empieza a correrse, pasando las provincias colindantes, los secuestradores dejaban mensajes dando la alternativa de la muerte de la víctima o su rescate, a cambio de sumas fuertes de dinero que se hacía conseguir en un breve plazo. Los niños no escapaban a la codicia cruel de estas personas, a la luz del sol por las carreteras de más tráfico, los secuestradores, a veces, conducían a su víctima a caballo con los ojos cubiertos con lentes oscuros, sin llamar la atención de las personas. Hasta el uniforme de la Guardia Civil, que gozaba de ser signo de justicia y orden, dejó de ser una garantía desde que se le vio utilizado por los malhechores para allanar las moradas honradas.

El primer caso de secuestro documentado en Estados Unidos es del niño Charles Ross, ocurrió en 1874 ante la negativa del pago del rescate por 20 mil dólares y la presión policial se perdió el contacto con los secuestradores y nunca se volvió a ver al infante. Especialmente en Chicago y en Nueva York, el aumento de los secuestros se dio en los años 20 con el crecimiento de las mafias. En este país entre los años 1930 y 1931 hubo en Chicago 200 secuestros, pagándose rescate por dos millones de dólares. El director del Buró Federal de Investigación (FBI) informó en 1974 que de los 647 casos de

secuestro se habían resuelto todos excepto tres, deteniéndose a más del 90% de los secuestradores (Besares y Gómez, 2006).

En septiembre de 1970, palestinos instalados en Jordania secuestraron seis aviones que aterrizan en Zarqa. Como respuesta, las tropas jordanas atacaron los campamentos de los guerrilleros. Se contabilizan más de 3,500 muertos. En noviembre de 1971, comandos palestinos asesinan en El Cairo al primer ministro jordano Wasfi Tal. Siendo esta la primera aparición de la organización denominada "Septiembre Negro", este grupo se vincula a "Al Fatah" (Movimiento Nacional de Liberación de Palestina) y a través de él, a la Organización de Liberación de Palestina (OLP).

En países como Italia, Japón, España y otros, el secuestro se realizaba con éxito enfocado a fines políticos, principalmente como medida intimidatoria para la liberación de sus correligionarios. Otro de los objetivos de los secuestros políticos era frenar la inversión del capital para provocar la falta de empleo y contribuir a la desestabilidad social o simplemente para la obtención de recursos para causas que ellos consideraban justas, éste sería el ejemplo del industrial Vasco Lorenzo Zabala el cual sucedió el 18 de enero de 1972 cuando fue secuestrado por la organización terrorista "ETA", el plagio se produjo durante los conflictos laborales de la empresa "Precicontrol", de la cual él era el director, tras el despido de 200 trabajadores. "ETA" secuestró a Zabala y exigió la reincorporación inmediata de los despedidos para darle libertad. Tras cuatro días de gestiones, la empresa llegó a un acuerdo con los trabajadores y readmitió a los despedidos. Finalmente el 22 de enero Zabala apareció en la carretera que conduce de Ochandiano a Urquiola (Pulido, 1988).

Otro de los casos más conocidos sucedió a fines de junio de 1976, en el cual fue secuestrado un avión de la compañía "Air France" y fue llevado hacia Entebe, capital de Uganda por terroristas árabes. En Entebe los secuestradores dejaron en libertad a todos los pasajeros menos a los 38 israelíes y la tripulación, pues les sirvieron como rehenes. En cambio de la liberación de estos rehenes Israel debía liberar 40 terroristas que estaban presos en Israel.

El 4 de noviembre de 1979, un grupo de estudiantes islámicos asaltó la embajada de Estados Unidos en Teherán (capital de Irán) y tomó como

prisioneros a los 52 norteamericanos que allí trabajaban. El plagio contó con el apoyo del Ayatollah Jomeiny. Poco después de haber tomado la embajada, los estudiantes expresaron su intención de retener a los rehenes hasta que las autoridades norteamericanas entregaran al exsah Mohammed Reza Pahlevi "a la justicia islámica". Luego de un año y dos meses, el 20 de enero de 1981, los 52 retenidos en Teherán fueron liberados tras una larga etapa de negociaciones (Pulido, 1998).

En Italia, país considerado hasta 1990 la meca del secuestro, fue secuestrada, en julio de 1975, la joven Cristina Mazzotti, de 18 años; la familia pagó un rescate de dos millones de dólares, pero sus captores la asesinaron. Otro caso sucedió el 5 de julio de 1994, en Moscú, una banda de criminales rusos secuestró a un bebé de ocho meses y amenazó con decapitarlo y enviar su cabeza por correo a sus padres si no recibían 270.000 dólares.

Así, el secuestro se difundió rápidamente a otros países con un fin político o para obtener dinero, así llegó a Latinoamérica a partir de la década de los 60's, como ejemplos: en abril de 1970, fue hallado el cadáver de Karl María von Spreti, el embajador de Alemania Federal en Guatemala, secuestrado antes por guerrilleros que exigían por su liberación 700,000 dólares y la puesta en libertad de 22 prisioneros políticos, sin embargo, los esfuerzos del gobierno alemán por establecer un pacto con los secuestradores fueron obstaculizados por el gobierno de Guatemala, que se negó a hacer cualquier trato con los guerrilleros. Otro caso en Latinoamérica fue cuando el 10 de agosto de 1970 se encontró el cadáver de Dan Mitrione, jefe de la CIA (*Central Intelligence Agency*) en Uruguay, quien días antes había sido secuestrado en una acción terrorista de los Tupamaros en Montevideo (Pulido, 1988).

En la década de los 80's, en Colombia se hace claro el uso político y económico del secuestro con la toma por parte del comando armado M-19 de la Embajada de República Dominicana en Bogotá, con catorce embajadores como rehenes. En dicha ocasión los guerrilleros exigían liberar más de 300 guerrilleros prisioneros, cuestión que termina el 27 de abril cuando el comando del M-19 se dirige hacia Cuba llevando como garantía a doce de los rehenes que sólo serían liberados en La Habana (Pulido, 1998).

Otro caso conocido de secuestro es por las “Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo” o FARC-EP es la manera como se autodenomina un grupo guerrillero colombiano, que dice ser marxista-leninista. Operan en Colombia y en las regiones fronterizas de Venezuela, Ecuador, Panamá y Perú. Son partícipes del conflicto armado colombiano desde su conformación en 1964. El secuestro es una de sus principales actividades, ya sea por fines económicos, políticos (como el de Ingrid Betancourt) o terroristas, existen registros de los secuestros realizados por este grupo desde 1996 hasta 2009. La organización ha secuestrado a extranjeros de distintas nacionalidades y colombianos entre civiles y militares de todas las edades. Algunos secuestrados cumplen más de 10 años en cautiverio. Uno de los casos más conocidos a nivel mundial es el secuestro de la excandidata presidencial colombiana Ingrid Betancourt, quien fue secuestrada en medio de su campaña presidencial. Según los relatos y pruebas recolectadas, cada secuestrado en poder de las FARC es encadenado durante varias horas al día y supervisado por un guerrillero, con órdenes de asesinarlo en el caso de un intento de rescate militar; un ejemplo del cumplimiento de esa orden fue el fracasado intento de rescate del asesor de paz de Antioquia Gilberto Echeverry Mejía y del Gobernador de Antioquia Guillermo Gaviria que fueron asesinados como reacción al hostigamiento del ejército, según relataron sobrevivientes.

El día 18 de junio de 2007, las FARC reportaron la muerte de 11 de 12 diputados del Valle del Cauca, luego de haberlos tenido secuestrados durante 5 años. Según el grupo guerrillero, los diputados murieron durante el fuego cruzado que se habría presentado en medio de un combate con un grupo militar no identificado. *Amnistía Internacional* y organizaciones de derechos humanos, repudiaron la muerte de los diputados y responsabilizaron a las FARC por mantenerlos en cautiverio y ponerlos en peligro (Mata, 2002).

En cuanto a la historia del secuestro en México se han tenido registros en distintos periodos, algunos ejemplos son: durante la revolución mexicana, con el fin de obtener una compensación monetaria al entregar a la persona ya que el país vivía una situación de inestabilidad política que provocaba que varios crímenes quedaran impunes. Además, existieron grupos de revolucionarios que muchas veces se financiaron gracias a los secuestros de personas “adineradas”.

Otro caso ocurrió en febrero de 1913, aprovechando la confusión de la “decena trágica”, cuando los generales Félix Díaz y Manuel Mondragón ordenaron abrir fuego a los cañones de la ciudadela, varios dispararon, perforaron un sector de la muralla de la cárcel de Belén y muchos reclusos lograron escaparse. Así surgió la “banda del automóvil gris”, cuyos integrantes, utilizaban un automóvil y se dedicaron al cateo y al secuestro. El 7 de abril de 1915 fue su primer golpe (cateo), en contra de los señores Henríquez Pérez y Salvador Toranzo. Los siguientes resultaron muy sencillos, por lo que algunos de los integrantes de la banda se confiaron y cometieron una imprudencia que les impidió utilizar órdenes de cateo, entonces los españoles, Higinio Granada (jefe de la banda) y Francisco Oviedo junto con el mexicano Santiago Risco optaron por secuestrar personas y exigir el rescate (Jiménez, 2002).

Al término de la revolución se vislumbró un periodo de estabilidad política en el país, con el cual se restableció el estado de derecho. Estos son ejemplos de que durante esta época la mayoría de los secuestros se presentaron con el fin mantener a algunas personas sometidas y no por obtener una ganancia; el secuestro de líderes revolucionarios que estaban en contra del gobierno, por sus ideas políticas o acciones era una práctica común. La llamada "guerra sucia" fue sustentada en gran parte por el delito del secuestro.

El secuestro en México comenzó a manifestarse de manera masiva en los años 70's, durante los cuales estaba ligado a grupos subversivos; en los 80's comenzaron a actuar bandas organizadas. Y es durante la segunda mitad de la década de los 90' que el secuestro alcanza su momento de mayor auge y crueldad, con casos como los de la banda de Daniel Arizmendi y Andrés Caletri (Ruíz, 2006).

México ha sufrido este delito durante muchos años, tan sólo en 1997 fueron denunciados 997 casos. Durante los primeros 5 meses de 1998, 450 casos. Se estima que en nuestro país operan más de 400 bandas secuestradoras (Jiménez, 2002). Casos importantes de este delito se llevaron a cabo en Guadalajara, el caso de la joven Elba Rosa Frank, a quien en el intento por rescatarla, la policía la hirió de muerte accidentalmente en un tiroteo durante el rescate. Otro es el secuestro a los empresarios Alfredo Harp Helú, uno de los accionistas mayoritarios del Consorcio Banamex-Accival, en los

primeros meses de 1995 por el cual se pagó un rescate de 30 millones de dólares, y el de Antonio Porrúa, dueño de la editorial que lleva su nombre, por quién se pidió y se cobró un monto estimado en 7 millones de dólares.

Es bien sabido que este delito se ha incrementado en los últimos tiempos por el apogeo del narcotráfico, modalidad del delito que por lo general camina paralela al secuestro, debido a la necesidad que tienen los narcotraficantes de cobrar sus deudas, no encontrando otra forma más fácil de lograr la cancelación de éstas, para ellos las obligaciones de tipo económico y en ocasiones también por venganzas o del simple hecho de sacar del mercado a una persona considerada como competencia. Existen por lo tanto bandas de secuestradores profesionales dedicadas a este delito y que su trabajo lo ponen al servicio de las mafias de la droga. Un reciente caso de ello es el de la banda “Los Petriciolet” la cual secuestró y mató al hijo del empresario Fernando Martí, y estaba integrada por policías locales y federales (El universal, 2009).

Para que actualmente al secuestro se le haya dado una definición desde diferentes perspectivas: jurídico o criminal, fue necesario considerar su recorrido a lo largo de la historia, en donde los cambios en las costumbres y la creación de nuevas situaciones han mantenido una evolución en este delito.

Para la definición de secuestro se considera también su origen etimológico: la palabra secuestro proviene del vocablo latino “*secuestrare*” que significa apoderarse de una persona para exigir rescate o encerrarla ilegalmente (Basares y Gómez, 2003). Actualmente las definiciones de secuestro no difieren mucho de su origen etimológico, como la que propone Ruíz (2006), quien considera que el secuestro es un acto de fuerza que denota tener la capacidad de controlar la libertad de algunos miembros de la sociedad, no es un delito como el robo, la violación o el homicidio, en los que el victimario entra momentáneamente en relación con la víctima, aunque en esta definición se hace referencia a de otros delitos.

Es necesario mencionar también, que, desde su aparición como un fenómeno criminológico y jurídico, el secuestro ha dado lugar a múltiples significados: detención arbitraria, privación ilegal de la libertad, detención ilegal, cárcel privada, secuestro extorsivo, robo de personas, y otras. Sin embargo, esta variedad de significados, extravió de algún modo, el criterio de distinción, llegando a confundirse o utilizarse indistintamente en los términos de raptó y

secuestro. Sin embargo, cabe mencionar que el raptó alude al apoderamiento de personas sin exigir un rescate a cambio de su liberación, a diferencia del secuestro, en donde la exigencia de un rescate es condición necesaria. Pero en ambas existe la privación de la libertad a una persona, lo que significa que a alguien no se le permita moverse más allá de un rango de espacio muy pequeño.

Otra definición que hay que considerar, se encuentra en el Código penal del Distrito Federal, el cual afirma que: el delito de secuestro es privar de la libertad a una persona con el propósito de obtener un rescate, algún beneficio económico, y/o causar daño o perjuicio a la persona privada de la libertad.

Al analizar la forma en que evolucionó este delito, se puede observar que se trata de una práctica delictiva frecuente, aunque los motivos y finalidades de ésta han cambiado a lo largo del tiempo. Así, la historia y definición del secuestro muestra dos cosas; a) los resultados impredecibles, algunas veces catastróficos para el secuestrado; y b) la oportunidad de tener información para conocer cómo debe comportarse el secuestrado y sus familiares.

1.2 CLASIFICACIÓN DEL DELITO DE SECUESTRO

Para la clasificación del delito de secuestro hay que considerar lo variado que puede resultar este crimen, ya que puede ser realizado por problemas conyugales, presiones de la sociedad, o asuntos relacionados con la política de un país, otra situación es cuando se pretende obtener una ganancia material. Tomando en cuenta la diversidad causal de este delito, los autores del mismo, así como la forma en que es llevado a cabo, existe un acercamiento a la clasificación general del secuestro. Jiménez (2002) propone la siguiente:

- 1.- Secuestro simple: en el caso de arrebatar, sustraer, detener u ocultar a una persona. A su vez se clasifica en:
 - a) Raptó: se ejecuta normalmente por familiares, principalmente de menores de edad que son arrebatados por uno de sus padres, abuelos o empleados de servicio. También aquí se da el caso de amantes cuando uno de ellos es menor de edad. Cabe aclarar que en estos casos no hay una exigencia económica como rescate.

-
- b) Simple propiamente dicho: se trata de ocultar a una persona, pero en este caso a diferencia del rapto, es llevado a cabo por personas con quien la víctima no tiene relación alguna y exigir un rescate es condición necesaria.
- 2.- Secuestro extorsivo: consiste en arrebatar, sustraer, detener u ocultar a una persona, con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad para que se haga o se omita, con fines publicitarios o políticos. Esta forma de secuestro a su vez se divide en:
- a) Económico: llevado a cabo por los delincuentes con fines absolutamente de orden pecuniario, siendo en la actualidad el de mayor comisión por parte de bandas organizadas, grupos rebeldes o delincuentes que se unen solamente para ejecutar la acción delictiva.
- b) Político: se realiza con un propósito exclusivo y con demandas específicas ya sea para darle publicidad a una acción de carácter político, para exigir la acción u omisión con respecto a políticas o acciones de un gobierno. O por demandar la abolición de una medida de carácter gubernamental.
- 3.- Secuestro Profesional: ejecutado por la delincuencia organizada, presentándose en zonas urbanas y semi-urbanas, teniéndose en cuenta que la ejecución se hace bajo el seguimiento impecable de un patrón de comportamiento, de forma bien organizada y planeada, las bandas de secuestradores, generalmente, y previo al secuestro de su víctima, siguen sus movimientos cotidianos durante varios días, con la finalidad de conocer sus rutas de tránsito y horarios habituales para así lograr un mejor resultado. Generalmente es realizado por bandas organizadas en las que cada integrante tiene una función especial.
- 4.- Secuestro improvisado: es el realizado por criminales sin experiencia y generalmente sin conocimientos o educación, entre ellos campesinos o incluso menores de edad.
- 5.- Secuestro de aviones: esta modalidad delictiva se presenta como una nueva forma de terrorismo, aún más peligrosa que el secuestro individual, puesto que se expone al peligro a un número mayor de personas. Su ejecución siempre ha estado bajo la autoría de grupos extremistas.

-
- 6.- Secuestro de vehículos y otros bienes: se trata de una modalidad delictiva ejecutada preferencialmente por la delincuencia común del más bajo perfil en el ámbito del delito y consiste en retener vehículos, motocicletas y hasta caballares para exigir una cantidad de dinero por su devolución o rescate.
 - 7.- Auto-secuestro: este hecho delictivo va desde aquel que se auto-roba, transportistas, empresarios, comerciantes, parejas en conflicto y jóvenes que solicitan dinero a sus padres.
 - 8.- Secuestro exprés. Es el que realizan los delincuentes trasladando a la víctima en el vehículo de ésta última para que retire dinero de cajeros automáticos. Quienes cometen este tipo de ataques, suelen ser grupos de dos a tres personas, generalmente movilizadas en algún vehículo y que pretenden obtener dinero rápido.

Otra clasificación de este delito, es propuesta por Carrión (2006):

1. Simple: es cometido por secuestradores sin experiencia y que actúan sin logística.
2. Extorsivo o profesional: que comete la delincuencia organizada de carácter trasnacional.
3. Político: que tiene la finalidad de que se haga o deje de hacer algo, específicamente en asuntos de política y sistema gubernamental.

1.3 ORGANIZACIÓN, PLANEACIÓN Y FASES DE UN SECUESTRO

Al tratarse de delincuencia organizada, las modalidades pueden ser varias, y por lo tanto, la organización, planeación y fases de un delito, en este caso de secuestro, varía. Por ejemplo, en el secuestro extorsivo, por las condiciones de profesionalidad se requieren plazos largos para su organización y planeación; por otro lado en un secuestro exprés dichas condiciones precipitan a los tiempos cortos. Cuando el secuestro es resultado de un plan profesionalmente elaborado, por lo general hay un esquema que rebasa la delincuencia común: puede haber uno o más profesionistas involucrados que funcionan como autores intelectuales, pueden ser al mismo tiempo los proveedores de los fondos necesarios, o se puede buscar un socio capitalista (Gómez, 2004).

Para la organización de una banda de secuestradores existe un proceso de reclutamiento en el medio de la delincuencia profesional, es decir, reclutan a exconvictos con el mismo tipo de prácticas delictivas, aprendidas en sus respectivas reclusiones, exagentes ministeriales, expolicías o exmilitares, incluso aún como servidores públicos participan en secuestros, todos ellos reciben ganancias en esta práctica delictiva. También existe una persona que provee de armas y materiales diversos, así como de alguien que opera la compra o renta de lugares o bienes inmobiliarios para establecer casas de seguridad, en donde retienen a la víctima y además de vehículos para el transporte durante los recorridos pre y post-secuestro; también puede existir un cocinero o alguien que se encarga de proveer un número determinado de raciones para gente que desconoce, tanto en sus actividades como en sus fines. Ocasionalmente buscan tener algún agente trabajando dentro de la casa de su víctima proyectada, y no pocas veces se han resuelto casos en virtud de que la idea del secuestro salió de entre los propios empleados o hasta de familiares de la víctima, en todo esto, media el secreto, mismo, que por lo general, es guardado, sea por un sentido de honor o incluso por miedo a las represalias.

Los vehículos utilizados pueden ser el resultado de otro crimen como el robo, generalmente llevado a cabo el mismo día para ser abandonados inmediatamente después de ejecutada la acción (Gómez, 2004).

Según Jiménez (2002), una banda de secuestradores comunes está conformada de la siguiente manera:

- Un iniciador: es quien suministra la información de la víctima.
- Plantero: su función es facilitar y financiar los recursos para lograr el objetivo.
- Grupo de aprehensión o levante: delincuentes encargados de aprender a la víctima y trasladarla al lugar de cautiverio.
- Grupo de vigilancia: se encarga de la vigilancia, cuidado y mantenimiento del secuestrado durante el cautiverio.
- Negociador: se encarga de negociar y cobrar el monto acordado con la familia de la víctima.

Jiménez (2002), menciona que para llevar a cabo la planificación del secuestro, seleccionan a una víctima y se dedican a observar y recolectar la siguiente información:

- Ubicación de la residencia.
- Lugar de trabajo.
- Hora de salida de la residencia.
- Ruta de desplazamiento entre la residencia y lugar de trabajo.
- Hora de ingreso al sitio de trabajo.
- Lugar de estacionamiento del vehículo.
- Trayecto recorrido a pie.
- Lugares que acostumbra visitar dentro del horario de su trabajo.
- Personas que normalmente lo acompañan.
- Hora de regreso a la residencia y rutas.
- Lugares de diversión que frecuentan, días y horas.
- Actividades que acostumbra los fines de semana.
- Propiedades que posee y capital representado.
- Facilidad en la obtención del dinero, ya sea con la venta de propiedades, créditos bancarios o préstamos de terceros.

En la planeación de un secuestro es considerado esencial el manejo de un cronograma para calcular el uso del tiempo, medido en minutos o hasta en segundos. De igual manera entran en consideración conocimientos del territorio, de las calles, de los sentidos, de las entradas y salidas alrededor del domicilio de la víctima; particularmente sus rutinas, sus recorridos diarios, y sobre la existencia de choferes, personal de servicio o inclusive de seguridad, en y fuera del domicilio, etcétera.

Los criminales siguen un camino al delito, en el caso del secuestro, este camino según Martiñón (2008) es:

- 1) Selección de la víctima: el secuestro inicia con la búsqueda de una víctima adecuada, caracterizada por su vulnerabilidad de ser aprehendida, para ello, la organización de secuestradores buscan información de ella que les ayuda a determinar si cumple con la condición exigida para su rescate.

-
- 2) Asecho: una vez seleccionada la víctima, estudian cómo, cuándo y dónde detener al rehén, haciendo un cálculo de riesgos con el que definen su plan criminal
 - 3) Aprehensión: asumido el riesgo que implica la captura del rehén, y decididos a cometer el delito, los secuestradores proceden a detener a la víctima. Esta fase, la mayoría de las veces, es llevada a cabo con uso de la fuerza y con agresiones verbales y físicas, además, es un acto que toma por sorpresa a la víctima.
 - 4) Claustro: detenido el rehén, se le enclaustra en un sitio pretendidamente seguro para los secuestradores, es decir, donde no se pueda encontrar a la víctima y buscando que no pueda escapar. Durante el cautiverio el rehén se convierte en víctima de violencia física, moral, psicológica y/o sexual.
 - 5) Chantaje: es la fase en que los secuestradores hacen contacto con quien van a extorsionar, le hacen saber el precio del rescate a cambio de la liberación del secuestrado. Este chantaje puede estar dirigido también al propio rehén, a quien una vez privado de su libertad le condicionan su liberación a cambio de que cumpla con lo que le exigen.
 - 6) Negociación: es la etapa en la que se busca un arreglo entre lo que aspiran los secuestradores y lo que pueden pagar o dar los extorsionados, que pueden ser personas allegadas al rehén o el mismo secuestrado.
 - 7) Cumplimiento de la condición: después de negociar la condición exigida para liberar al rehén, se da cumplimiento de la misma.
 - 8) Liberación o muerte del rehén: satisfecha la condición exigida por los secuestradores, en ocasiones y no siempre, proceden a la liberación de la víctima.

1.4 ALGUNOS DATOS SOBRE LOS SECUESTRADORES EN MÉXICO

Mediante un estudio realizado por la SSPF (Secretaria de Seguridad Publica Federal) a 685 secuestradores en el 2009, se descifraron desde constantes como edad, ocupación, patrones de evolución criminal y orígenes, hasta la clase de víctimas que prefieren, sus métodos, los montos que solicitan y en qué se gastan ese dinero (El universal, 2009).

En este estudio mencionó la SSPF que las detenciones realizadas han dado cuenta de que una parte importante de los secuestradores proviene de familias disfuncionales, aunque paradójicamente son sus propias familias a quienes prefieren como miembros de sus bandas. Los mayores niveles de jerarquía dentro de las organizaciones dedicadas al secuestro lo tienen los familiares directos del líder, dado que existe una menor posibilidad de que se den traiciones y robos entre ellos. Los datos también indican que en general los secuestradores son jóvenes, en su mayoría no pasan de los 35 años, antes de iniciar su carrera delictiva suelen trabajar en el sector informal o como choferes.

El primer nivel que escalan en la pirámide de la delincuencia es el del robo a transeúntes, el siguiente paso en su carrera criminal es el robo a casa habitación, después se dedican al robo de vehículos para más adelante dedicarse al robo de transportes de valores y bancos, después de esta última actividad se asocian con secuestradores, exconvictos, policías o expolicías y forman parte de alguna banda criminal. Algunos de ellos terminan por formar y dirigir sus propias organizaciones.

Según datos de la SSPF, hay casos que demuestran que en menos de medio año un asaltante callejero llega a convertirse en secuestrador. Además de que en cada uno de los niveles de su evolución criminal, los delincuentes van adquiriendo la necesidad de ejercer mayores niveles de violencia y de utilizar armas más poderosas, por lo que su nivel de peligrosidad va creciendo. Muchas veces esta carrera delincuencial es impulsada por el consumo de drogas.

Otro de los resultados de la investigación fue acerca de la utilización del dinero cobrado durante la liberación de la víctima: la mayoría de ellos suele gastar las ganancias ilícitas obtenidas. Hay testimonios de secuestradores que han gastado 100 mil y hasta 200 mil pesos en una “parranda” luego de un secuestro; muchos de ellos buscan, casi siempre sin éxito, integrarse a un sector socioeconómico de mayor nivel del que provienen. La mayoría gasta todo el dinero rápidamente, lo que les crea la necesidad de realizar un nuevo secuestro. Otra parte del dinero la utilizan para costear los gastos de operación para los siguientes secuestros. Es decir, la renta o compra de casas de seguridad y armas, entre otros.

La frecuencia con la que una banda ejecuta un secuestro es muy variable, depende del tamaño de la organización; sin embargo, los parámetros van desde grupos que realizan uno por semana hasta otros que consuman uno cada tres meses.

En dicha investigación también se encontró el tipo de víctimas que los secuestradores creen más factible para llevar a cabo su delito, en los secuestros realizados entre diciembre de 2006 y julio de 2009, 27.8% de las víctimas ha sido comerciantes y 21.3%, estudiantes, en tercer lugar las bandas secuestran a los empresarios (14.2%), los otros dos tipos de víctimas son los profesionistas (11.3%) y por último las personas dedicadas al hogar (9.2%).

La investigación también indagó sobre los tipos de secuestros que se cometen con mayor frecuencia: los de alto impacto, los vinculados a la delincuencia organizada y los coyunturales y exprés:

- Los de alto impacto son ejecutados por grupos armados de corte radical, para obtener recursos económicos y financiar proyectos político-ideológicos y de desestabilización, se ejecutan con un alto grado de sofisticación tanto en la planeación como en los procesos de cautiverio y negociación. Los montos cobrados por rescate son millonarios y exigidos siempre en dólares. Hace ya casi un lustro que no se sabe de un secuestro de este tipo en el país.
- Los secuestros vinculados con la delincuencia organizada son perpetrados por bandas de delincuentes para obtener recursos económicos. Las bandas están integradas por exconvictos y delincuentes, que han evolucionado a secuestradores partiendo de delitos menores. Así como por policías y expolicías de corporaciones federales, estatales y municipales.
- Los coyunturales y exprés, son aquellos que están relacionados con el robo y la extorsión, así como con venganzas personales y de tipo pasional.

1.5 CAUSAS DEL SECUESTRO

Existen diversas causas que pueden ser de naturaleza cultural, económica, política, psicológica, social y hasta religiosa. Sin embargo se debe

considerar que algunos secuestros son realizados por presiones de la sociedad, o su situación específica, sea económica o mental, lo cual lleva a ciertos individuos a cometer actos sin pleno control de sus facultades.

Otro de los factores que hay que considerar en las causa del secuestro es la “mutación” que actualmente está teniendo la delincuencia organizada, que antes se dedicaba al narcotráfico y que, por motivos de pugnas internas o por otras razones, se ve impedida para continuarlo, por lo que han encontrado en el secuestro una actividad de poco riesgo que les genera grandes ganancias.

De la misma forma, las bandas que se dedicaban entre otras actividades al abigeato (robo de ganado), han cambiado de actividad, para dedicarse al secuestro de personas del medio rural. Además existen otros factores comunes entre los individuos que cometen delitos como el secuestro, entre ellos: la falta de ética y valores morales, combinado con la falta de respeto a la vida y dignidad humana.

También está el de la impunidad, la falta de denuncia, de conocimiento y de información confiable sobre el tema (Martíñón, 2008).

Otras de las causas del secuestro, son proporcionadas por la Victimología: desde el punto de vista etimológico, “víctima” proviene del latín y significa persona o animal sacrificado o que se destina al sacrificio. El concepto de víctima ha evolucionado históricamente, hasta que se llega a conceptos actuales como sujeto pasivo del delito o de víctima tal y como es entendido hoy. Si se busca en los diccionarios de las diferentes lenguas la palabra víctima tiene acepciones muy diferentes: “animal o persona destinado al sacrificio”, “aquella persona que se sacrifica voluntariamente”, “aquella persona que sufre por culpa de otra”, “persona que sufre por sus propias faltas”, “persona que padece daño por causa fortuita”, “el que sufre por acciones dañosas”, “persona engañada”, “sujeto pasivo de un ilícito penal”, “persona sacrificada a los intereses de otro” (Gulotta, 1976).

Algunas definiciones de víctima propuestas por diferentes autores son citados en Gulotta (1976):

Rodríguez (1996), define la víctima como el sujeto que padece un daño por culpa propia, ajena o por causa fortuita. Para Mendelsohn (1979), víctima era la personalidad del individuo o de la colectividad en la medida en que está afectada por las consecuencias sociales de su sufrimiento determinado por

factores de origen muy diverso, físico, psíquico, económico, político, social, así como el ambiente natural o técnico. Según Separovic (1979), víctima es cualquier persona física o moral que sufre como resultado de un despiadado designio incidental o accidentalmente. Stancin (1987), dice que la víctima es un ser que sufre injustamente destacando que la injusticia no es necesariamente lo ilegal. Von Hentig (1948), considera que son personas que han sido lesionadas objetivamente en alguno de sus bienes jurídicos y que experimentan subjetivamente el daño con malestar o dolor.

Por otra parte la ONU 2008 indica que víctima es la persona que ha sufrido una pérdida, daño o lesión en su propia persona, propiedad o en sus derechos humanos como resultado de una conducta que constituye una violación de la legislación penal nacional, una violación de los principios sobre Derechos Humanos reconocidos internacionalmente o un abuso de poder por parte de la autoridad política o económica. Además para la ONU, la víctima puede ser individual o colectiva, incluyendo grupos, clases o comunidades de individuos, corporaciones económicas o comerciales y grupos u organizaciones políticas. Desde un punto de vista jurídico se tiene en cuenta el bien jurídico tutelado y que la conducta esté tipificada en la ley penal. Ahora bien, se debe tener en cuenta que no coincide necesariamente el concepto de sujeto pasivo del delito (quien es susceptible de ser víctima, pero no lo es) y el de víctima.

Para llegar a ser víctima, se recorre un camino: de acuerdo con Rodríguez (1996), el "*iter victimae*" es el camino interno y externo que sigue la víctima para llegar a ser victimizada. Es por ello que se tiene que estudiar a la víctima desde el momento en que se cruza por su mente la idea de ser sacrificada. Esta idea puede ser aceptada y es lo que el autor llama "víctima consensual" o rechazada "víctima resistente". En esta parte del "*iter victimae*" se pueden encontrar actos preparatorios también por ejemplo: en el caso de víctimas consensuadas como en la eutanasia. También las medidas que toma la víctima para defenderse en el caso de víctimas resistentes. O incluso si se ha producido inmovilidad de la víctima son las llamadas "víctimas resignadas". El "*iter victimae*" termina con el acto victimal, cuando es secuestrada, pero después pueden surgir otros "*iter victimae*" referidos a las víctimas indirectas (las familias).

En realidad son dos caminos, el del criminal y el de la víctima, que en un momento dado se cruzan. Por ello, en la mayoría de casos, es tan importante conocer la relación entre víctima y victimario antes del delito, en el momento del mismo y después. Block (1976) indica que la víctima y el criminal interactúan de manera instrumental y el éxito o el fracaso evidentemente dependen de los medios de resistencia de la víctima, de esos factores victimo-repelentes.

Existen los llamados “Factores Victimógenos”, éstos, de acuerdo con Rodríguez (1996) son todas aquellas condiciones o situaciones de un individuo que lo hacen proclive a convertirse en víctima. Posibilitan la victimización, pero no la producen; se puede encontrar a dos personas con los mismos factores victimógenos y una llega a ser víctima y la otra no. En relación a tales factores, Di Tullio (1963), sostiene que existen individuos que poseen una simpatía criminógena, es decir su personalidad está constituida de tal forma que fácilmente se convierten en víctimas. Sin embargo, las predisposiciones victimógenas no solamente contribuyen a la elección de ésta o aquella persona como objeto del crimen, sino que desempeñan también el rol de agente provocador que incita a la acción o inspira al criminal la idea del crimen.

Por otro lado, Stanciu (1975) considera que las víctimas presentan tres características esenciales; un débil instinto de conservación, credulidad e imprudencia. Estas personas tienen un comportamiento tal contra sus intereses y contra su vida, que parecen buscar de manera inconsciente o subconsciente, ser robados, defraudados, lesionados y hasta muertos. Los factores que explican la victimización pueden ser divididos en dos grupos: a) factores endógenos (ciertas deficiencias orgánicas) y, b) los factores exógenos (de orden social).

Gulotta (1976) clasifica las predisposiciones en función del origen, distinguiendo entre innatas y adquiridas. Las primeras son aquellas que posee el individuo desde el nacimiento como el sexo, un vicio parcial o total de la mente, una deficiencia física, como la sordomudez, la ceguera, etc. En cambio, las predisposiciones adquiridas son aquellas que el individuo desarrolla en el curso de su existencia, por lo tanto, esencialmente, los tratamientos psicosociales y todas aquellas enfermedades que han intervenido después del nacimiento.

Mendelsohn (1979) considera que son factores determinantes para llegar a ser víctima:

- El ambiente endógeno (bio-psicológico). En situaciones en que cualquier persona razonable debe pensar en su propia seguridad, implica una medida de precaución.
- El medio natural circundante, constituidos por fuerzas independientes o incontrolables.
- El medio natural circundante modificado, que es el resultado de la contaminación de los componentes necesarios para la vida en el medio natural.
- El medio social:
 - Individuos antisociales
 - Organizaciones antisociales
- El medio antisocial (Política de estado o partido dictatorial, totalitario o racista).

Tomando como base las ideas de Di Tullio (1963), Rodríguez (1996) divide los factores victimógenos en predisponentes, preparantes y desencadenantes. Así, señala lo siguiente: los factores predisponentes son por lo general de naturaleza endógena, crean en el sujeto una serie de debilidades que lo hacen propenso a ser víctima de sí o de otros. Pueden ser biológicos (edad, enfermedad), psicológicos (por ejemplo una deficiencia mental), o aún sociales (marginación, discriminación). Los factores preparantes son, por lo general exógenos, y se van desarrollando con el tiempo, como es el caso de una relación de enemistad, la ingestión de alcohol o drogas. Los factores desencadenantes pueden ser cualquiera, y su naturaleza puede ser mixta como: la provocación al victimario, el descuido momentáneo o asistir a un lugar victimógeno.

Otros factores victimógenos de índole biológica son: la transmisión por herencia de algunos caracteres y rasgos como la tendencia a la depresión o también la esquizofrenia que haría al sujeto más fácilmente victimizable. Igual que se habla de la transmisión genética de ciertos rasgos que hacen más proclive a una persona a ser delincuente, lo mismo sucedería con las víctimas. Sin embargo, es de reconocerse que apenas se ha estudiado la transmisión

hereditaria de condicionantes que favorezcan la victimización. En definitiva, aún cuando es evidente, que una persona con minusvalías físicas o psíquicas es más fácilmente victimizable e incluso también presa de actos no criminales (Di Tullio, 1963) (citado en Rodríguez, 1996).

También la edad, es un factor victimógeno, principalmente los menores y ancianos. Generalmente la primera victimización se sufre entre los 10 y 20 años al igual que los primeros actos criminales. Otro factor es el sexo, ya que los hombres, en mayor proporción que las mujeres, suelen ser víctimas de delitos de lesiones. Mientras que ellas, con mayor frecuencia que los hombres, suelen ser víctimas de agresiones sexuales, robos e injurias.

1.6 CONSECUENCIAS DEL SECUESTRO

Así la mayoría de las veces el secuestro tiene por objeto la obtención de recursos económicos a cambio de la libertad de la persona secuestrada, pero no todo termina cuando el rehén es liberado, porque muchas veces tiene secuelas para la víctima y sus familiares, pero también para la sociedad en general. A continuación se describen:

1.6.1 Consecuencias sociales

La proliferación del secuestro ha causado un impacto muy importante dentro de la comunidad nacional, tan solo la información que los medios publican en relación a las estadísticas de delitos cometidos y específicamente de secuestro, y las comparaciones que se hacen con otros países respecto a que México es el país en donde se cometen más secuestros, ponen a gran parte de la población en un estado de alerta y vigilancia al salir de sus domicilios. Y de ninguna manera es sano para cualquier sociedad la inseguridad e incertidumbre de sus habitantes, ya que esto afecta la calidad y estilos de vida que tiene que modificar la población para sentirse segura; incluso personas que ya han sido víctimas o alguno de sus familiares, se organizan en asociaciones civiles para exigir a las autoridades atiendan sus casos. Sin embargo, existen personas que deciden “hacer justicia por su propia mano”, organizar “marchas”, o alguna otra actividad donde manifiestan inconformidad con las autoridades, o simplemente deciden no denunciar por la

poca credibilidad con que se apliquen leyes, o por miedo a las amenazas de los secuestradores.

En una investigación realizada por el Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad (ICESI) en 2009, se encontró que en el año 2004, una de cada dos personas (54%) se sentían inseguras en la entidad donde vivían, y que durante 2007 se incrementó a tres de cada cinco personas (59%), sobre todo si se trataba de la posibilidad de ser víctima de secuestro, pues de acuerdo a la investigación es de los delitos que se perciben como de mayor peligrosidad para las víctimas (Martínez, 2001).

Este delito trae consecuencias en todos los campos de la sociedad. El alto riesgo de ser secuestrado en América Latina, y en particular en México, es uno de los factores influyentes en las decisiones de inversión de las multinacionales, y esto puede afectar en diferentes grados la economía, igualmente puede citarse el efecto negativo en la industria del turismo. De acuerdo con Jiménez (2002), el factor psicosocial sería el más golpeado por las consecuencias del secuestro. Se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Obstaculiza la seguridad de los servicios públicos y los hace costosos.
2. Genera aumentos injustificados del gasto público, afectando proyectos que están encaminados a cubrir las deficiencias sociales.
3. Los gastos multimillonarios para combatir este delito incrementan los montos del endeudamiento externo e interno, cuando el dinero que debió destinarse a otros servicios públicos, es gastado en equipo tecnológico, militar y entrenamiento de las fuerzas policiales en tácticas antisequestradores, originándose la espiral creciente de las deudas, y el incremento de la insatisfacción de las necesidades básicas de la población, cuyas consecuencias a la postre desembocan en inestabilidad social, económica y en la mala imagen de éste país.
4. Al afectar los valores culturales y morales, el secuestro es uno de los crímenes más impactantes, y su adopción por parte de los miembros de la sociedad muestran un deterioro y degeneración de las costumbres, de la pérdida de los valores políticos, morales y culturales de los ciudadanos.

La pérdida de los valores se refleja en la violencia institucional, delincuencial y guerrillera, en la violación de los derechos humanos, en el deterioro ambiental, en la indisciplina social y en la crisis de autoridad.

1.6.2 Consecuencias familiares

La noticia del secuestro de un familiar siempre causa un gran impacto (*shock*), desconcierto y sorpresa en el núcleo familiar. Introduce una situación traumática, una angustia que se exagera con el tiempo que pasa, donde la incertidumbre y al mismo tiempo la esperanza, mantienen en suspenso la muerte y no permiten el duelo, pero donde muerte y duelo están presentes, independientemente de la situación real en la que se encuentre el secuestrado (Gómez, 2004).

Los problemas familiares que existían antes del secuestro se agudizan en estos momentos y, en consecuencia, las peleas aumentan. Durante la ausencia del secuestrado, el factor económico también puede desencadenar discusiones familiares, ya que poner precio a un ser humano, tratar de garantizar su vida, deshacer sociedades familiares, conyugales o laborales, conseguir préstamos y pagar intereses producen una gran tensión. La normalidad y la tranquilidad se rompen y el equilibrio de la familia desaparece, la actividad diaria y la vida familiar se desorganizan. Aparecen dificultades para dormir, concentrarse, comer, la memoria se altera y hasta los detalles más obvios se olvidan. Cada miembro de la familia reacciona a la situación y la asimila de forma diferente.

Rodríguez (2003), menciona algunos sentimientos que sufre la familia de la víctima:

- La culpa: dormir, comer, ver televisión, "distraerse", pueden ser vistos como actos de traición o deslealtad; se piensa en vivir en las mismas condiciones del secuestrado para solidarizarse con él. En ocasiones algunos miembros llegan a auto-castigarse para vivir con la misma intensidad lo que suponen está viviendo su familiar secuestrado.
- La impotencia: la familia al no saber qué hacer, dónde pedir ayuda se sume en una constante frustración que le produce rabia, lo que aumenta las discusiones y conflictos, muchas veces sin razón aparente.

-
- La represión: la familia y los amigos consideran que todo sería mejor si no se experimentaran, ni se expresaran los sentimientos propios de esta situación, pero no expresarlos es perjudicial y a largo plazo conduce a dificultades mayores.
 - El temor: se tiene la sensación de estar siendo vigilados permanentemente y perseguidos tanto por los secuestradores como por otras personas que pueden causar daño. Los familiares temen por lo que pueda pasar con su ser querido o con alguno de ellos.
 - La angustia: aparece cuando se está ante lo desconocido; la incertidumbre y la zozobra, de no saber en qué condiciones se encuentra su familiar secuestrado, del proceso de negociación, del desenlace, de imaginar cómo sería el regreso, de los nuevos roles que debe desempeñar la familia, de la consecución del dinero, de la posible intervención de las autoridades, y muchas veces, del largo silencio de los secuestradores. Denunciar a las autoridades el delito, es otro motivo más de angustia.

Para la familia, en ésta situación, el tiempo y el teléfono se convierten en los peores enemigos; quisieran que en cada llamada o en cada comunicación se resolviera el secuestro. Se preguntan si serán capaces de resistir tanto tiempo, tanta incertidumbre, desasosiego y dolor. Todo este drama continúa con altibajos; unos días es más intenso, otros, menos. Sólo hasta que el secuestrado aparece, se desvanece. Sin embargo, cuando la familia aún no tiene certeza de que la desaparición del miembro es un secuestro, porque los plagiarios no se han comunicado, entonces busca a su ser querido en todo tipo de lugares, en casa de sus amigos, en clínicas, hospitales, estaciones de policía y en medicina legal. Posteriormente, al no encontrarlo sobreviene la ansiedad al esperar comunicación de parte de alguna organización delictiva. A medida que transcurre el tiempo se hace más evidente la ausencia del secuestrado y aparecen pensamientos nuevos para minimizar el dolor como: "está de viaje" o "se quedó a dormir en la finca". Esto demuestra que no hay una asimilación inmediata de la desaparición de la persona (Fundación País Libre, 1999).

Ocasionalmente cuando la familia tiene la certeza de que es víctima de un secuestro, opta por buscar un negociador que adelante el proceso con los plagiarios y ejerza un liderazgo entre los miembros del grupo. Por lo general es alguien cercano a ella, sea por lazos familiares o de amistad. Las condiciones que se tienen en cuenta para la elección del negociador son: la capacidad de persuasión, la flexibilidad, la tolerancia a la frustración, la experiencia adquirida en otros secuestros, el grado de proximidad que tenga a la familia y al plagiado antes de cometerse el secuestro; y, el tipo de relaciones que posea con instituciones gubernamentales, civiles y militares. El negociador no actúa solo, tiene como soporte a la familia, tomando las decisiones después de haber consultado con ella (Pulido, 1988).

Las relaciones sociales se ven fuertemente afectadas durante el secuestro. A pesar de que la mayor parte de las amistades ofrecen su solidaridad, a la familia le resulta muy difícil hablar de lo que está sucediendo, ya que se busca confidencialidad en todo el proceso de negociación. Por otra parte las amistades suelen distraer a la familia, y ésta teme "perderse de algo importante" o "abandonar" al secuestrado, y suele castigarse haciendo sacrificios, como los que considera que está haciendo el secuestrado. Con el tiempo la familia se aísla casi completamente del medio social.

Son los períodos en los cuales las familias buscan intensamente el apoyo de sacerdotes y religiosos. Al mismo tiempo recurren a brujos y adivinos tratando de encontrar algún indicio que les permita "comprobar" que la víctima sigue con vida; igualmente, acuden a su propio sistema de creencias religiosas para lograr aminorar la ansiedad. Convirtiendo así lo religioso en una constante, sin dejar de ensayar estrategias tales como acudir a las autoridades, buscar contactos con los secuestradores por su propia cuenta o negociar con los plagiarios. Por el otro lado, los secuestradores también producen intensos estados esperanzadores, en los períodos de contacto, cuando informan sobre el estado de la víctima o envían pruebas de supervivencia válidas para la familia. En estos momentos, la familia cree que habrá una solución afortunada (Meluk, 1998).

Cuando el proceso de negociación está dado, un motivo más de angustia y desasosiego es el deseo de saber cómo y en qué condiciones regresará el secuestrado a casa. En el hogar se desea mantener las cosas en

orden para que el secuestrado, cuando regrese, encuentre todo tal y como lo dejó (Fundación País Libre, 1999).

1.6.3 Consecuencias personales

Las consecuencias para los secuestrados después de la liberación, se desarrollarán de forma más amplia, ya que es en ellos en quien está enfocado este trabajo, considerando las consecuencias físicas y psicológicas:

De acuerdo con León y Tovar (2005) las consecuencias para la víctima de secuestro son:

1.6.3.1 Físicas

Quienes sufren el secuestro son en algunos casos, dejados sin alimentos o agua por tiempos prolongados y esto puede causar desnutrición y deshidratación; las víctimas también pueden ser lesionadas, violadas y, en los peores casos se les priva de la vida. Si la víctima estaba enferma, en ocasiones, no se le suministran a tiempo los medicamentos o no se les dan los adecuados, por lo que sus enfermedades empeoran o se agravan, pudiendo morir por estas razones. También causante de daño físico, es cuando colocan a los secuestrados, vendas y/o trapos en boca y ojos, o los mantienen en lugares oscuros, por lo que la visión se altera.

Si en las maniobras de secuestro se emplearon armas y el secuestrado fue herido, y no se le brinda la adecuada atención médica, además de las condiciones insalubres a las que están sometidos, el riesgo de infecciones es latente. Es frecuente observar estas lesiones en los secuestrados por arma de fuego o por arma blanca.

Algunas enfermedades previas que ponen en mayor riesgo al secuestrado son (Ruíz, 2006):

- Males del corazón
- Diabetes
- Úlcera péptica
- Infecciones gastrointestinales
- Infecciones urinarias
- Infecciones en la piel
- Infecciones respiratorias

- Intoxicaciones

En algunos casos las víctimas son mutilados para remitir partes de sus cuerpos a sus familiares como forma de presión para el pago o rescate, a veces se utilizan los servicios de médicos cirujanos, pero en otras, los propios secuestradores se encargan de las mutilaciones, con las subsecuentes enfermedades, infecciones o inhabilitaciones temporales o permanentes.

1.6.3.2 Consecuencias psicológicas

Cuando se habla de los efectos psicológicos que lleva consigo el secuestro, hay que considerar que esta experiencia tiene características muy particulares en cada caso y, por lo tanto, las consecuencias psicológicas para la víctima dependen de múltiples factores, entre los cuales están: el tipo de secuestro, los autores del delito, tiempo de cautiverio, condiciones alimenticias, sanitarias y emocionales durante el cautiverio, así como agresiones verbales. Otros factores son los recursos psicológicos previos al cautiverio (recursos intelectuales, valores, creencias, estrategias para resolver conflictos, autoestima, proyecciones hacia el futuro, entre otros); el sexo y edad, la presencia de experiencias traumáticas, el lugar y el rol que ocupa la víctima dentro del núcleo familiar, circunstancias vitales en las que se encuentra tanto la persona como la familia antes del secuestro y las redes de apoyo afectivo y social con que cuente el individuo y la familia (Rodríguez, 2003).

Las consecuencias psicológicas del secuestro no siempre inician con la captura de la víctima, sino también con la posibilidad de ser plagiado o de que alguien cercano lo sea, cuando se difunde a través de diferentes medios, que los criterios de selección de las víctimas han cambiado, y que si anteriormente estaba dirigido a personas específicas, hoy puede ser un asunto del azar: viajar precisamente en ese avión, ir precisamente a ese lugar, tomar esa rutas, ser quien se es o tener o no tener. Ante esta realidad, la sensación permanente de miedo, desasosiego, impotencia, toma formas como estrés, ansiedad o depresión (Agudelo, 2000).

Meluk (1998), menciona que ante la posibilidad de ser secuestrado también existe la presencia de reacciones somáticas como: temblores musculares, sudoración, alteración del apetito y de sueño, cefaleas, dolores de pecho, sensaciones de mareo, espasmos, entre otras.

Otro es el caso de quienes en realidad reciben la amenaza de ser secuestrados. La sensación de ser perseguido, vigilado constantemente genera una amenaza a la privacidad a veces insoportable. Ante el temor a todos y a todo, ante la posibilidad permanente, cada vez mas cercana del plagio, la víctima recurre a enfrentar la situación o huir de ella con recursos cognitivos de afrontamiento para lograr el equilibrio, o con cambios en el estilo de vida, las rutinas, las relaciones, los planes, la relación con el tiempo, la calidad de vida. El recibir una amenaza de secuestro también hace que las personas no pidan ayuda, ya que se percibe peligroso hablarlo, por lo que sólo se hace con personas específicas y fines tácticos. El miedo se generaliza, lo cual se expresa en alteraciones somáticas, en el estado de ánimo, en las relaciones sociales y en toda una gama de alteraciones en la salud integral en general. Se activa el esquema cognitivo de la ansiedad, caracterizado por hipervigilancia fisiológica y las ideas de incontrolabilidad e impredecibilidad (Agudelo, 2000).

La persona secuestrada atraviesa por varios momentos de la crisis generada cuando ocurre el plagio (Aristazábal, 2000, citado en Agudelo, 2000):

1. Fase inicial: captura y noticia del secuestro
2. Cautiverio: periodo de adaptación y negociación
3. Liberación o desenlace
4. Reencuentro familiar
5. Superación del evento traumático

En las primeras dos fases hay un proceso de ajuste a la nueva realidad. El secuestro se vive, como la pérdida de la tranquilidad, de la libertad, de la privacidad, del lugar en el mundo. Durante el periodo de cautiverio, existe en la víctima un temor excesivo que está relacionado con el hecho de que en la mayoría de los casos, no está preparada para recibir amenazas de muerte, ni situaciones de extrema violencia, entonces estas formas imprevistas originan un daño psíquico por el fuerte impacto de dicha experiencia, en el cual la persona empieza a padecer trastornos en su funcionamiento normal, en sus pensamientos, emociones, y conductas. Además en el periodo de cautiverio, como consecuencia de reiteradas amenazas de muerte, lenguaje soez, simulacros de asesinato del secuestrado, la manipulación de sus estados emocionales y la vigilancia permanente, se produce en la víctima sentimientos

de sumisión e impotencia. Los procesos de pensamiento tienden a paralizarse respecto a lo que sucede en el entorno, el ordenamiento de ideas y la selección de respuestas posibles para ejecutar en un momento dado, se sustituyen por respuestas automáticas de miedo que arriesgan aún más la integridad física y la vida del secuestrado. Puede ocurrir en este periodo, aunque no es frecuente el llamado síndrome de Estocolmo, que es una respuesta psicológica en el que la víctima de secuestro, desarrolla una relación de complicidad con su secuestrador y en ocasiones, las prisioneros pueden acabar ayudando a sus secuestradores a alcanzar sus fines o evadir a la policía (Rodríguez, 2003).

En la fase de liberación o desenlace, la víctima presenta una euforia desmesurada y deseos intensos de vivir todo lo que no pudo en el secuestro durante semanas o meses. Esta reacción se crea en el exsecuestrado al tomar distancia de la posibilidad de morir, al restablecer los lazos afectivos familiares y al reconocer que vive nuevamente con ellos. Es un período corto, de pocos días o semanas dependiendo del caso, lo cual es también un espacio de negación de realidad, de todos los padecimientos del cautiverio, de las dificultades y contradicciones propias de la vida familiar y laboral. Por lo tanto en este lapso, las huellas dejadas por el secuestro no se manifiestan. Pero lentamente, cuando la persona se adapta de nuevo a su medio habitual y comienza a enfrentar la realidad que dejó y las modificaciones resultantes del secuestro mismo, se desvanece la euforia, entonces otras secuelas psicológicas empiezan a evidenciarse en el recién liberado y en las personas de su entorno (Meluk, 1998).

En esta fase, el reencuentro familiar implica un nuevo periodo de adaptación, surgen sentimientos encontrados: alegría y tristeza, rabia y remordimiento, ira y compasión, y otros muchos que están influenciados por el tipo de vínculos que se establecieron antes y durante la retención. Cesa un padecimiento, pero surgen otros que a veces duran toda la vida. La condición de superviviente del secuestrado involucra dos asuntos centrales: el trauma original, que arrebató la libertad, la autonomía, el mundo afectivo, el trabajo, el sosiego, parte de la vida, y los efectos a largo plazo del trauma, que exigen formas especiales de control para no sucumbir ante ellos.

Durante el reencuentro familiar, el secuestrado quiere reintegrar su existencia, y recuperar su estilo de vida anterior (Bettelheim, 1981, citado en Agudelo, 2000).

El mayor temor de la víctima después del rescate o la liberación, es ser secuestrado nuevamente, experimentar de nuevo esa situación. La condición vivida por el sobreviviente al secuestro puede ser lo que en psicología se conoce como Trastorno de Estrés Postraumático, un trastorno provocado por situaciones que son representadas por el sujeto como amenazantes, que salen del marco de sus experiencias habituales, este trastorno es antecedido en ocasiones por una fase de Estrés Agudo. Pueden además presentarse un conjunto de problemas asociados a este trastorno, como: depresión o ansiedad generalizada; así mismo también pueden haber síntomas de regresión y dependencia, aislamiento, disminución del deseo sexual, inicio o incremento en el consumo de alcohol u otras sustancias, apatía, disminución de la seguridad y confianza en sí mismo.

Así mismo, las personas que se han visto sometidas a experiencias traumáticas como el secuestro, presentan algunos síntomas como: evitación de estímulos o situaciones asociadas al acontecimiento traumático e intento deliberado para evitar los pensamientos o sentimientos que pueden provocar este recuerdo; distanciamiento de las demás personas y pérdida de interés por actividades que anteriormente le resultaban atractivas, y también de la capacidad de sentir emociones como la intimidad o ternura; reexperimentación del suceso traumático, lo que hace que el individuo tenga que luchar contra pensamientos de tipo recurrente, repetitivo, o sueños angustiantes; síntomas de incremento de la activación emocional, con dificultades para concentrarse, hipervigilancia y trastornos de sueño (Rodríguez, 2003).

Otros de los síntomas son: irritabilidad, sentimientos de despersonalización, desorientación temporo-espacial y somatizaciones como vía de expresión de ansiedad. Tal sintomatología se expresa sólo en algunas personas y son episódicos y dispersos a lo largo del tiempo. En algunos casos, existían antes del secuestro y simplemente se agravan durante el cautiverio y después de la liberación, lo cual indica que la experiencia del secuestro potencia aquellos problemas preexistentes (Meluk, 1998).

En algunos casos se presenta también el llamado “Síndrome del sobreviviente”, una triada típica compuesta por cefaleas frecuentes, pesadillas recurrentes y estados de tristeza mas o menos periódicos (Meluk, 1998).

Los síntomas somáticos característicos de las experiencias postraumáticas se observan de un modo consistente, solo en la fase inmediatamente siguiente a la liberación. Su intensidad está en relación directa y proporcional especialmente con las condiciones físicas del cautiverio a que estuvo sometida la persona. Es decir, si el cautiverio se desarrolló en condiciones de maltrato y durante el mismo hubo amenazas de muerte reiteradas y enfáticas o simulacros de muerte realizados por los secuestradores, entonces las sensaciones de mareo, los dolores en el pecho y demás afecciones, son también intensas y frecuentes (Meluk, 1998).

Estos síntomas pueden ir disminuyendo con el paso del tiempo y el apoyo familiar sin necesidad de ayuda especializada. Cuando los síntomas persisten, posiblemente existían antes del secuestro; de allí que no puedan ser atribuidos exclusivamente al trauma ocasionado por este evento. Sin embargo, al ser persistentes y no permitirle al exsecuestrado llevar una vida relativamente normal, es necesaria la intervención de los especialistas.

2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

2.1 HISTORIA Y DEFINICIÓN

A lo largo de la historia, el ser humano ha tenido un contacto muy estrecho con una diversidad de eventos traumáticos. El vocablo trauma proviene del griego “*trauma*” y significa herida. En el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) lo central es el trauma psíquico; es decir, el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas.

Según Carvajal y Carbonell (2002), los primeros relatos de síntomas de Estrés Postraumático provienen de la Grecia clásica, Hipócrates mencionaba pesadillas relacionadas con los combates de soldados sobrevivientes a ciertas batallas y Heródoto da cuenta en su tratado sobre la historia de los síntomas que presentaban los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón.

Antes de desarrollarse el concepto de TEPT se utilizaban una gran variedad de términos para denominar las secuelas mentales de los trastornos graves, como nostalgia, corazón de soldado, neurosis de combate, entre otras.

Antes de la década de los 70's la palabra trauma se usaba para definir afectaciones puramente físicas. A raíz de la “era industrial” a mediados del siglo XIX, con el progreso tecnológico y la aparición de los ferrocarriles comenzaron los accidentes, ocasionando lesiones a las personas, y en los sobrevivientes aparecieron síntomas psicológicos, los que fueron adjudicados por algunos médicos a lesiones microscópicas de la columna o del cerebro; en cambio, otros especialistas, entre ellos Pinel, postularon que los síntomas se debían al *shock* emocional y tenían características histéricas. Así se inició una controversia para explicar los síntomas del TEPT oponiendo una aproximación biológica con otra psicológica.

De acuerdo Bobes, Bousoño, Calredo, Gonzáles y Masson (2003), existen cuatro episodios fundamentales en la primera etapa de la historia de la conformación del concepto de trauma:

1. El desarrollo del ferrocarril y los accidentes asociados a él durante los últimos 25 años del siglo XIX.
2. La aparición de los seguros por accidentes y del primer estado del bienestar al comienzo de los años 80's.

-
3. La aparición de la Medicina psicológica en los últimos años del siglo XIX.
 4. La guerra mundial y sus consecuencias sociales y culturales.

Bajo este contexto se comenzaron a hacer investigaciones con sobrevivientes de guerra, una de las más importantes fue la de Kardiner, quien trató a veteranos de la I Guerra Mundial entre 1922 y 1925 y publicó en 1941 su libro "*The Traumatic Neuroses of War*". A partir de conceptos psicoanalíticos postuló que la neurosis de guerra correspondía a una fisioneurosis, en la cual el trauma era capaz de desencadenar síntomas somáticos y psicológicos. Los pacientes que atendió presentaban un estado extremo de hiperalerta con hipersensibilidad a los cambios de temperatura, al dolor o a los estímulos táctiles súbitos además de la respuesta emocional.

Otro acontecimiento que tuvo un gran impacto en el desarrollo de este concepto fue la segunda guerra mundial (1939-1945) y los campos de concentración de exterminio nazi.

De acuerdo con Orengo (2006), dos grandes eventos en la historia de la sociedad americana provocaron que el TEPT entrara en la clasificación de la "*American Psychiatric Association*" en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), estos fueron:

1. La guerra de Vietnam (1958-1975), con 58,000 muertos y un millón de personas afectadas gravemente por secuelas físicas.
2. El resurgimiento del movimiento feminista en 1970 en dicho país, y la renovada denuncia de casos de abusos, en su mayoría sexuales, a mujeres y niñas; y, el conocimiento de las graves secuelas que dichos abusos provocaban.

A pesar de las medidas preventivas en salud mental desarrolladas por el ejército norteamericano, se estima que la Guerra de Vietnam dejó unos 700,000 veteranos que han requerido de algún tipo de ayuda psicológica. El denominado síndrome post Vietnam se diagnosticó con una alta frecuencia en la década de 1970 y este hecho constituyó uno de los factores importantes para que la "*American Psychiatric Association*" incluyera al TEPT como una de las patologías en el DSM-III de 1980. Así se inició una nueva época con el reconocimiento por la comunidad científica de esta entidad nosológica. Otros factores que influyeron en la inclusión del TEPT fueron los resultados de estudios realizados en poblaciones civiles, tanto en mujeres como en niños

víctimas de abusos y/o violaciones y maltrato físico y/o psicológico, lo que amplió el ámbito del tipo de trauma más allá de las situaciones bélicas e incluso se consideró a víctimas de desastres naturales o provocados por el hombre. En consonancia con dichos problemas sociales en 1984 se crea el Centro Nacional para el Desorden de Estrés Postraumático y se ponen en funcionamiento programas de investigación y tratamiento (Carvajal, et al., 2001).

En 1984 H. Oppenheim (citado en Orengo, 2006) acuñó el término "neurosis traumática" para referirse a los síntomas presentados por pacientes que habían sobrevivido a accidentes ferroviarios o en su lugar de trabajo, en este marco comenzaba la discusión sobre el TEPT.

Según Carvajal, Carbonell, Philippi, Monteverde, Bacigalupo, Alvear, (2001), hacia fines del siglo XIX cobraron gran importancia los aportes de Charcot, Janet y Freud. En sus primeros cuatro libros Janet describió los cuadros clínicos de 591 pacientes y en casi la mitad de ellos los fenómenos psicopatológicos eran explicables por un origen traumático. Janet se refirió a las "emociones vehementes" que ocurrían en los pacientes durante un acontecimiento traumático, las cuales impedían integrar esa experiencia agobiadora, de ese modo se constituía una memoria traumática, la cual estaba disociada de la conciencia y sin control de la voluntad. En esta explicación de los fenómenos psicopatológicos se encuentran algunos elementos centrales para el manejo psicoterapéutico de los pacientes con TEPT.

Por su parte Freud en la primera etapa del psicoanálisis atribuyó el origen de las neurosis a experiencias traumáticas del pasado. El término trauma incluía tanto la noción de herida como la de sus efectos provocados en el organismo en su totalidad. Además el trauma se refería a una situación específica en la biografía del paciente, quien no podía integrar este hecho en forma consciente a la experiencia vivida. Es así como la memoria traumática se constituía en un "cuerpo extraño" que se mantenía a lo largo del tiempo afectando al paciente.

En los años siguientes Freud se centró más en las fantasías que en los traumas de la vida real y le prestó poca atención a las neurosis traumáticas (Carvajal, et al., 2001).

Ahora bien, estos eventos fueron fundamentales para que otros investigadores se interesaran en este tema, pero no es hasta 1980, como ya se mencionó, cuando el TEPT entra en un manual Internacional de enfermedades (DSM-III), pero su introducción no ocurrió de manera espontánea, en la primera edición de dicho manual en 1952 el llamado “síndrome de respuesta al estrés” estaba listado bajo el epígrafe “grandes reacciones al estrés”. En su segunda edición, en 1968, fue conceptualizado como un trastorno situacional y en 1980 el TEPT aparecía como una subcategoría de los trastornos de ansiedad. Finalmente en 1994 el TEPT fue clasificado como una nueva categoría de respuesta al estrés.

El acontecimiento traumático ha sido definido por la “*American Psychiatric Association*” como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental), que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero. En este sentido el trauma se vincula directamente con los desastres, los que pueden clasificarse de acuerdo con su origen en “naturales” (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tornados), “accidentales” (incendios forestales, accidentes de tránsito, choques de aviones) o “provocados deliberadamente por el hombre” (violaciones, torturas, secuestros, ataques terroristas, asaltos, maltrato infantil) (Orengo, Rodríguez, Lahera, Ramírez, 2006).

El acontecimiento traumático provocará una demanda para el organismo y dependiendo del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización en un cierto lapso de tiempo y a un determinado costo para esa persona.

Debe tenerse en cuenta que no es fácil que un sujeto refiera espontáneamente un acontecimiento traumático y además que muchos médicos no quieren escuchar los detalles que implica el relato de los eventos traumáticos. Esto se traduce en que la entrevista clínica, en ocasiones, no permitirá contar con la información suficiente acerca del trauma. Cuando el motivo de consulta hace más evidente el hecho traumático, sea por las lesiones

físicas que pudiera haber sufrido el paciente o bien por el estado de *shock* emocional que presupone un desencadenante psicológico, para el clínico será más fácil el abordaje y la identificación de la situación traumática y sus consecuencias.

2.2 SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÒSTICO

Según Carvajal, et al., (2001), la aparición de este trastorno se debe al fracaso de los mecanismos de cicatrización del propio organismo, cuando se observa a estos pacientes se nota que no han sido capaces de integrar el recuerdo del acontecimiento traumático en su memoria, como parte de su pasado personal.

Después de una situación traumática como lo es el secuestro, la mayoría de las personas siguen reviviendo la experiencia en forma de imágenes que llegan a su mente, estas intrusiones tienen una finalidad adaptativa, para mejorar la capacidad de la supervivencia del individuo en su entorno, para ayudar en el aprendizaje sobre situaciones peligrosas, se repite el acontecimiento en el plano mental, pero esto sólo suele durar unos días y luego desaparecer. Sin embargo en los individuos que se desarrolla este trastorno, se mantiene en el tiempo y se convierte en una situación crónica. En lugar de integrarse en el pasado, el recuerdo de la situación traumática adquiere autonomía propia en la vida mental del individuo condicionando totalmente su vida.

Una característica sobresaliente en los pacientes con TEPT, es una dificultad para verbalizar y describir el acontecimiento. No son capaces de explicar con detalle lo que ocurrió, aunque sí pueden explicar los sentimientos asociados al evento, lo cual puede estar relacionado con el bloqueo de las estructuras cerebrales que se encargan de organizar la información que llega desde distintas vías sensoriales que se producen en el momento del trauma (Bobes, *et. al.*, 2003).

La tríada clínica que define el TEPT comprende los fenómenos invasores, los de evitación y la respuesta de hiperalerta. El reexperimentar los hechos vividos durante el secuestro está fuera del control de la persona y en forma persistente pueden aparecer imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea, o bien,

asociados por estímulos que recuerdan el suceso traumático. Estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o también durante el sueño en forma de pesadillas. Dichos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas autonómicos como taquicardia, temblor fino generalizado, cambios de temperatura, sudoración e incluso piloerección. Entre los elementos de los fenómenos invasores las imágenes provenientes de la televisión, del cine o incluso de las fotos de prensa tienen gran importancia. Un ruido, color, aroma, una palabra escrita o pronunciada por alguien también pueden servir como desencadenantes de los síntomas invasores.

La respuesta general del paciente ante los estímulos está reducida, al igual que la capacidad de expresar emociones ("embotamiento emocional") y en ocasiones puede confundirse con un desinterés o desmotivación que lleve a sospechar en un cuadro depresivo. El recuerdo específico del episodio traumático conviene precisarlo para así determinar la existencia de algún tipo de amnesia que pueda traducir una manifestación disociativa. Otros fenómenos disociativos que pueden presentarse como reacción aguda al suceso traumático son la despersonalización, la desrealización, diversos trastornos de la percepción o de la temporalidad; estos fenómenos también pueden repetirse durante la evolución del TEPT.

El estado general de hiperalerta del paciente se puede expresar por trastornos del sueño caracterizados por insomnio de conciliación, es un sueño interrumpido y muy superficial; fallas en la concentración, fácil irritabilidad e incluso reacciones algo violentas, hiperestesia sensorial con respuesta de alerta exagerada y un estado de hipervigilancia. Estos síntomas muchas veces son de más fácil detección por médicos no especialistas y constituyen el motivo de derivación al psiquiatra. Conviene señalar que los estímulos neutros (como el cierre de una puerta o la caída de algún objeto) se transforman en estímulos amenazadores y el paciente reacciona con síntomas autonómicos y pueden asociarse fenómenos invasores (Bobes, *et al.*, 2003).

En la práctica clínica los criterios diagnósticos más ampliamente utilizados como referencia para la evaluación del TEPT son los consultados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), que se mencionan a continuación.

2.2.1 Criterios Diagnósticos del TEPT de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
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.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado de forma persistente 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.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (arousal) (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).
- 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.

2.2.2 Criterios Diagnósticos del TEPT de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10)

- A. El paciente ha estado expuesto a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo *discomfort* en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (*flashbacks*), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensaciones de malestar al

-
- enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
- D. Una de las dos:
1. Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de la exposición al agente estresante.
 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad.
 - c) Dificultad de concentración.
 - d) Facilidad para distraerse.
 - e) Sobresaltos y aprehensión exagerados.
- E. Los criterios b, c y d se cumplen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de seis meses, es necesario especificarlo).

A diferencia de estos criterios, el DSM-IV divide entre estrés agudo (si los síntomas duran menos de tres meses) y estrés crónico (si los síntomas duran tres meses o más), y permite especificar si es de inicio demorado (cuando entre el acontecimiento traumático y los síntomas han transcurrido al menos seis meses).

El CIE-10 no contempla la diferenciación entre trastorno agudo o crónico, pero si contempla el de inicio moderado. Ahora bien, si la demora en el inicio es muy grande y llega incluso a pasar varios años, el CIE- 10 sugiere establecer mejor el diagnóstico de transformación persistente de la personalidad tras la experiencia catastrófica.

Entre los dos sistemas diagnósticos anteriormente citados existen diferencias que, desde el punto de vista clínico pueden considerarse superficiales y poco relevantes, sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico adquiere mayor trasfondo tal como reflejan las discrepancias que se observan en las tasas de prevalencia según se utilice una u otra clasificación.

Para el CIE-10 un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es excepcionalmente amenazante o catastrófica, y ese suceso provocaría casi en cualquier persona molestias. El DSM-IV entiende por estresante el acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para la integridad física de la persona o los demás.

2.3 FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR TEPT

Según Perkonig, Kessler, Storz, Wittchen, (2002), las experiencias traumáticas de mayor ocurrencia en la población son: la exposición a desastres, accidentes, asaltos, secuestros, abusos y situaciones de combate para llegar al máximo en los casos de violaciones (con cifras superiores al 50% de las afectadas). A su vez entre los TEPT, según sexo, la frecuencia decreciente de hechos traumáticos en las mujeres corresponde a accidentes, asaltos, abuso y violación, en cambio en los hombres predominan los accidentes y los asaltos.

Así mismo, estos autores mencionan que la intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar TEPT.

Mientras Bobes, et al., (2003) considera que los principales factores de riesgo son:

- a) Factores de riesgo ambientales:
 - Historia de exposición previa a traumas.
 - Historia previa de estrés crónico, sobre todo si es a temprana edad.
 - El tipo de trauma previo es importante, así se sabe que el haber sido asaltado es un factor de primer orden.
- b) Factores de riesgo sociales:
 - Una historia de inestabilidad familiar, aumenta el riesgo de padecer el TEPT.
 - Por le contrario, un buen soporte social disminuye la intensidad y duración de los síntomas.
- c) Factores de riesgo demográficos:

-
- El género es un factor muy sobresaliente, incluso considerando todo tipo de traumas distintos que afectan a hombres y a mujeres, la probabilidad de que las mujeres padezcan de TEPT es de 2 a 1 en relación a los hombres.
 - Es mayor la vulnerabilidad de las mujeres a ser asaltadas, siendo esto, además, perpetrado por hombres.
 - Niveles educativos y de salario bajos así como ser divorciado o viudo también son factores de riesgo/vulnerabilidad.
- d) Factores de riesgo relacionados con dimensiones de personalidad y trastornos psiquiátricos previos:
- Haber padecido trastornos de ansiedad afectivos o de abusos de sustancias predispone al desarrollo de este trastorno.
 - Aspectos dimensionales de la persona otorgan también un importante factor predictivo. Los trastornos de personalidad de tipo evitativo, antisocial o neurótico, previo al accidente tiene un riesgo mayor de desarrollar el trastorno.

La severidad del estresor se ha asociado con una mayor intensidad de los síntomas, pero severidad no corresponde necesariamente a un determinado tipo de estresor. En general es más severo un hecho traumático cuando éste es producto de la violencia interpersonal o es provocado intencionalmente por el hombre como es el caso de una violación o secuestro; y en menor severidad se encuentran en situaciones como los accidentes o los desastres naturales. Otra característica del estresor es la duración, la mayor parte de los hechos traumáticos son de corta duración (exceptuando algunos casos de secuestros, la experiencia en campos de concentración, el maltrato prolongado o las amenazas de ataques terroristas) y en general únicos.

Un soporte social débil o ausente, o la aparición de algún acontecimiento vital significativo con posterioridad al hecho traumático constituyen factores de riesgo de mayor importancia que las características propias del trauma, como la severidad de éste.

2.4 TRATAMIENTO DEL TEPT DESDE DIVERSOS ENFOQUES

Existen técnicas y estrategias que son utilizadas en el abordaje terapéutico del TEPT. A continuación se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas en víctimas de secuestro que presentan TEPT.

Modelo Psicoeducativo. De acuerdo con Puchol, (2001) (citado en León y Tovar, 2005), el objetivo principal de este modelo es proporcionar a la familia y a la persona víctima del secuestro información básica relacionada con la posible aparición de cuadros clínicos indicando sintomatología a nivel emocional, conductual, cognitivo e interpersonal. Para el cumplimiento de dicho objetivo se implementan diversas técnicas como utilización de libros, juegos de roles, enseñanza de estrategias de afrontamiento y desarrollo de habilidades en resolución de conflictos, finalmente se espera que se reduzcan las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad en los miembros del sistema familiar para permitir la reestructuración familiar.

Modelo Sistémico. La intervención desde este modelo se encuentra dirigida a crear significados alternativos y redistribución de la realidad, a través de la modificación de las narrativas y mitos que ha construido la familia durante el cautiverio. Para la consecución de este objetivo se interviene sobre cuatro aspectos: el mapa de relaciones familiares, es decir, la identificación de la estructura familiar y los mecanismos de autorregulación para su posterior reorganización; un segundo aspecto hace referencia al juego familiar, el cual implica el sistema de relaciones, creencias, valores que dan lugar a la aparición de mitos que se establecen antes, durante y después del cautiverio. A partir de estos dos elementos se introduce el tercer factor, relacionado con el ciclo evolutivo de la familia, debido a que esto influencia los estilos de afrontamiento y la organización funcional y estructural de la misma y finalmente, se analiza la relación de la familia con organizaciones sociales, principalmente se tiene en cuenta el mensaje institucional recibido en términos de ayuda y colaboración, así como la interpretación realizada por ellos (Garcés y Tovar 2000).

Modelo ecológico. Díaz (1998) (citado en León, 2005), menciona que el objetivo de la intervención desde este modelo en el postcautiverio, consiste en el trabajo de dos procesos básicos: el abandono del embotamiento y el desarrollo de nuevos significados a partir de la modificación de las distorsiones

cognitivas. Parte del supuesto de la existencia de una analogía entre la habilidad de la comunidad para promover la salud física y mental de sus pobladores y la capacidad de la familia para resistir la situación de secuestro y recuperarse de la misma. La intervención debe estar dirigida a las víctimas, así como a la comunidad, debido a que ambos proporcionan recursos que permiten el afrontamiento efectivo, de esta manera, la recuperación puede originarse desde cuatro caminos: la interacción de la intervención con influencias ecológicas, intensificación o reducción de la ansiedad, apoyo permanente de la comunidad con ausencia del cuidado clínico y ausencia de recuperación.

Tratamiento Farmacológico. La terapia farmacológica actual puede reducir la ansiedad, depresión e insomnio a menudo asociados al propio TEPT, y en algunos casos puede ayudar a aliviar el estrés y el bloqueo emocional asociado a los recuerdos de la experiencia traumática. Este tratamiento indica que diferentes medicaciones pueden reaccionar a los múltiples síntomas presentes (Pearlstein, 2000).

3. TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 A.C al 180 D.C) y de las religiones orientales budista y taoísta. La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas por otros filósofos estoicos griegos (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y romanos (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón) (Rimm y John, 1984).

Por otra parte, de acuerdo con Tarpay (1993) la terapia de la conducta, científicamente ha sido el resultado de diversas investigaciones y estudios, históricamente el primer gran pilar de esta teoría es el fisiólogo Pavlov quien, a principios del siglo XX descubre que los animales pueden aprender a responder a determinados estímulos, a partir de sus reflejos incondicionados, experimentando con perros a los que les enseñó a salivar al escuchar el sonido de una campana.

Mediante un procedimiento quirúrgico sencillo, Pavlov podía medir la cantidad de saliva segregada por el perro; cuando se le presentaba un trozo de carne, observaba que se incrementaba el flujo de saliva. Luego Pavlov sonaba una campana antes de presentarle el trozo de carne y observó que luego de repetidas veces, el perro segregaba saliva abundante al sólo escuchar el sonido de la campana, aunque no se ofreciera ningún alimento. El perro había aprendido a salivar ante un estímulo neutro como la campana. A esta forma de aprendizaje se le conoce como condicionamiento clásico. Son elementos clave en el condicionamiento clásico:

1. Estímulo Incondicionado: el trozo de carne, debido a que la comida es un estímulo y la vista de ella produce la salivación sin más.
2. Respuesta Incondicionada: es la salivación del perro, cuando ocurre de forma natural, no aprendida.
3. Estímulo Neutro: el sonido de la campana por si solo.

-
4. Estímulo Condicionado: el sonido de la campana al acompañarlo con la comida y es la que produce la salivación del perro.
 5. Respuesta condicionada: la salivación del perro, cuando ocurre como reacción al sonido de la campana, es una respuesta aprendida.

De esta manera el Condicionamiento Clásico consiste en aprender una respuesta condicionada que involucra la construcción de una asociación entre un estímulo condicionado y un estímulo incondicionado. Al utilizarlos juntos, el estímulo condicionado que era neutro, adopta las propiedades del estímulo no condicionante diferente.

De acuerdo con Lazarus (1980), posteriormente Watson, funda las bases para lo que luego se llamó conductismo, el cual consideraba la conducta en sí misma como objeto de estudio, esto fue una innovación sustancial con respecto a la psicología del momento, la cual usaba el método de introspección y consideraba el estudio del comportamiento como una práctica menor. Watson define y defiende dos tipos de conductismo:

1. Metafísico, el cual tiene cuatro premisas básicas: 1) se niega la existencia de la “mente” y de los “estados mentales”, 2) toda la experiencia puede reducirse a secreciones glandulares y movimientos musculares, 3) toda la conducta humana se encuentra determinada casi exclusivamente por las influencias ambientales, más que por factores heredados o biológicos, y, 4) los procesos conscientes, en caso de existir, se encuentran más allá del campo de la investigación científica.
2. Metodológico, el cual se refiere a los procedimientos y métodos de la investigación psicológica

Según Méndez y Olivares (2001) las bases teóricas y experimentales de la modificación de conducta surgen fundamentalmente tras los estudios de Thorndike en 1898 quien realizó experimentos con animales (perros, gatos o pollos), en los que éstos eran encerrados en las que él llamaba “cajas-problema”. Para poder escapar de estas cajas y acceder a la comida que tenían visible, los animales debían mover un cerrojo o presionar una palanca, a raíz de esto, Skinner en 1938 desarrolló un modelo, utilizando el término de condicionamiento operante, en el cual afirmó que el organismo está en proceso de “operar” sobre el ambiente, durante esta “operatividad”, el organismo se

encuentra con un determinado tipo de estímulos, llamado estímulo reforzador, este estímulo especial tiene el efecto de incrementar el operante.

Procedimientos operantes básicos: se definen como la presentación o eliminación contingente de un estímulo que puede ser apetitivo o aversivo para el individuo. Además, según la presentación o retirada y el tipo de estímulos que se estén manipulando, se obtendrán diferentes variantes de los procedimientos mencionados. Hay varias formas de producir condicionamiento operante:

- Reforzamiento positivo: es un procedimiento mediante el cual se le presenta al sujeto un estímulo que le gusta o le interesa inmediatamente después de la realización de la conducta (presentación contingente). Con lo cual se consigue aumentar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir.
- Reforzamiento negativo: se produce cuando la realización de una conducta elimina un estímulo aversivo o desagradable. Existen dos procedimientos:
 - 1) Condicionamiento de escape: el estímulo aversivo se presenta continuamente, pero se puede interrumpir si se da la respuesta instrumental.
 - 2) Aprendizaje de evitación: el estímulo aversivo se programa para ser presentado en el futuro, y la respuesta lo impide.

Dentro de su teoría, Skinner, también formuló los programas de reforzamiento, los cuales son patrones o reglas que indican el momento y la forma en que la aparición de una respuesta va a ir seguida de un reforzador. Estos programas influyen en el aprendizaje de la conducta y en cómo ésta se mantiene. Existen dos categorías importantes:

- Reforzador continuo: cada respuesta da lugar a la aparición de un reforzador.
- Reforzamiento intermitente: las respuestas sólo se refuerzan algunas veces.

También hay cuatro programas básicos de reforzamiento dentro de la teoría de Skinner. Dos programas se basan en las respuestas del sujeto (razón fija y razón variable) y los otros dos en el tiempo (intervalo fijo e intervalo variable). En los primeros la entrega del refuerzo se da después de un número

determinado de respuestas; en lo últimos se entrega el refuerzo después de un determinado periodo de tiempo.

A partir de los años 60 en el campo de la modificación de conducta tanto en su vertiente teórica tradicional (psicología del aprendizaje) como en su vertiente práctica clínica (terapia de conducta) van apareciendo de modo progresivo una serie de objeciones a las limitaciones del paradigma conductista tradicional. Estas objeciones se concentran en la insuficiencia de los modelos del aprendizaje puramente conductistas para explicar la conducta humana, así como la insuficiencia de los métodos de condicionamiento para modificar fenómenos complejos disfuncionales como el pensamiento, las actitudes y el lenguaje de los pacientes. Así la terapia conductual, negaba la existencia de la mente, y sólo estudiaba el comportamiento observable, con ello se limitaba el estudio del comportamiento humano, ya que no se estudiaba lo "interno", si bien los siguientes investigadores de la conducta tiene sus basen en los autores anteriores, estos no son conductistas propiamente dicho, por que empiezan a estudiar procesos internos del organismo, dando lugar a la llamada terapia cognitiva-conductual.

Eysenck en 1963, fue el que llevó hábilmente la terapia comportamental a la posición de liderazgo que hoy goza como forma de psicoterapia. En sus manos, la terapia comportamental adquirió importancia no solo en razón de sus afirmaciones sino también en razón de los preceptos que rechazaba. Eysenck continuó cuestionando las bases teóricas de las terapias psicodinámicas, y presentó la terapia comportamental como una alternativa constructiva. Rechazó la teoría de que las neurosis son provocadas por conflictos inconscientes (sexuales) y que los síntomas manifiestos constituyen la defensa ante un sufrimiento que de otra manera resultaría insoportable.

También aseguró que si uno se desprendía de los síntomas, se desprendía de la neurosis. En realidad, afirmaba que el comportamiento perturbado no era indicativo de síntoma alguno, sino que constituía el problema en sí mismo. Afirmaba que el comportamiento neurótico es adquirido, y por ende, pasible de ser des-aprendido. El comportamiento es el problema y el desaprendizaje de ese comportamiento es la solución (Tarpay, 1993).

Wolpe en 1964, basándose en los estudios que realizó Masserman en 1943, avanzó más allá de los límites de problemas de laboratorio, formuló los

principios teóricos y desarrolló las técnicas específicas que constituyen la terapia de la conducta, bajo esta denominación se reúnen varios procedimientos distintos, como la desensibilización sistemática, el condicionamiento aversivo, el entrenamiento asertivo, etc., según Wolpe estas técnicas derivan de un mismo principio el cual llamo “principio de la inhibición recíproca”, considera la neurosis como un hábito, en la acepción neoconductista de conexión estímulo-respuesta adquirida, reforzada adquirida y reforzada a través del aprendizaje. La idea básica era que la respuesta de ansiedad podía ser rivalizada e inhibida por una nueva respuesta antagónica. La respuesta antagónica usada comúnmente es la relajación, y habiendo aprendido el paciente la técnica de relajación (de Jacobson o alguna otra), se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera que el paciente vaya aprendiendo a relajarse ante la situación temida o el estímulo que provoca ansiedad (Nudler, 1979).

Igualmente en los años 60’s aparecen las primeras terapias cognitivas actuales: la Terapia Racional Emotiva (T.R.E) de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck. En 1958 Ellis crea el modelo “A-B-C” de la terapia racional emotiva. Según este modelo, la mayoría de las personas, mantienen sus dificultades o trastornos de comportamiento (punto “C”, que se refiere a las de consecuencias), los cuales se producen a partir de los acontecimientos de su vida (punto “A”, referido a los acontecimientos). Así una persona dice estar deprimida y haber descendido su nivel de actividad (punto “C”), por ejemplo, a consecuencia de haber sido abandonada por su pareja (punto “A”). Sin embargo no es ese acontecimiento quién determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien lo que esa persona piensa en su autodiálogo sobre la importancia de ese acontecimiento, en base a sus actitudes o creencias personales (punto “B”) (Ellis, 1993).

La terapia cognitiva de Beck sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de “distorsiones cognitivas”. Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, que por lo general actúan a nivel “inconsciente” sin que la persona se percate de su papel. Esos significados o creencias subyacentes y tácitas

reciben el nombre de “esquemas cognitivos o supuestos personales”. Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen “inactivos o dormidos” a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes se “activan o despiertan” y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y preconscientes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración. A esas cogniciones se les denominan “pensamientos automáticos”. Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Toda terapia, por lo tanto implica una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales), este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje.

En 1997, Beck junto con Clark publicaron un artículo titulado “Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva”, en el cual postulan un modelo de procesamiento de la información para la terapéutica de los trastornos de ansiedad, en éste sostienen que el trabajo de la Terapia Cognitiva con los trastornos de ansiedad consiste en desactivar el sistema automático más primitivo de amenaza apelando y ampliando los procesos cognitivos estratégicos, más elaborados y racionales. Ésta es definitivamente una hipótesis fuerte en lo que respecta a los tratamientos psicológicos actuales: se trataría de enseñar a las personas con problemas de ansiedad a utilizar adaptativamente los procesos controlados para manejar los procesos automáticos que favorecen sesgadamente a la información amenazante, hipótesis perfectamente compatible con los modelos de procesamiento emocional que se acaban de presentar. El planteamiento lleva tácitamente la

premisa de que existen más allá de los procesos cognitivos, otros sistemas que de manera independiente ejercen un efecto sobre las emociones. Son estos sistemas, los que Beck y Clark conceptualizan como los más primitivos, aquéllos que deben ser desactivados, reforzando los sistemas estratégicos. Los procedimientos cognitivos llevan el supuesto de que existen variables mediadoras de carácter simbólico entre los estímulos ambientales y las reacciones emocionales.

Otro gran aportador a la terapia cognitivo conductual fue Lazarus quien crea una terapia cognitiva-conductual llamada “terapia multimodal” en la década de los 80's, y pronto advirtió las propias limitaciones de la terapia o modificación de conducta más tradicional. En su obra “Más allá de la terapia de conducta” (Lazarus, 1971), plantea la necesidad de adaptar la terapia a las características personales del individuo en cuestión, el análisis de la demanda de tratamiento (sobre la base de las expectativas, necesidades del paciente, actitudes personales y aspectos socioculturales), el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación, así como el tratamiento de casos. Las modificaciones que hace a la terapia de conducta darían lugar a la llamada terapia multimodal.

La terapia multimodal es una terapia ecléctica técnicamente hablando, pero es una terapia cognitiva-conductual teóricamente considerada (Lazarus, 1980). El procedimiento multimodal se centra en buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular, en el cual evalúa cada caso en esas dimensiones, considerando también sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento a la medida.

La evaluación se inicia realizando el llamado “puenteo” que consiste en comunicarse con el/los demandantes en el nivel multimodal que se expresa en el motivo de consulta inicial. Después se complementa con la evaluación de las siguientes modalidades.

Las dimensiones de Lazarus abarcan cinco áreas:

1. Cognitiva: autodiálogos negativos que generan tanto emociones como conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales.

-
2. Afectiva: emociones sentidas con más frecuencia, emociones indeseadas y qué conductas presenta el sujeto cuando experimenta esas emociones.
 3. Somática: sensaciones placenteras y displacenteras experimentadas, medicamentos, drogas consumidos, enfermedades físicas relevantes pasadas y actuales, dieta, ejercicio, así como la alimentación.
 4. Interpersonal: estilo de relación con otras personas. Problemas relacionales en el ámbito de pareja, familia, trabajo, etc. Habilidades sociales, por ejemplo la asertividad; cómo afectan y es afectado el paciente por esas relaciones. Así como el papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.
 5. Conductual: conductas manifiestas, las Habilidades o actividades que desearía incrementar. Hábitos o actividades que desearía reducir. Habilidades o carencias conductuales. Gama de actividades agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

Para la terapia cognitivo conductual el conflicto psicológico no puede reducirse a causas relativas al aprendizaje como considera la terapia conductual pero tampoco al fracaso en los mecanismos cognitivos del sujeto como considera la terapia cognitiva. La terapia deberá reunir las dos dimensiones, la conductual y la cognitiva para la resolución del conflicto (Navarro, 1994). Para dicho autor la intervención terapéutica en terapia Cognitivo-Conductual se estructura en tres pasos:

1. Contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona, trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase.
2. La intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.
3. Finalmente, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

En los fundamentos de la terapia Cognitivo-Conductual, los pensamientos producen emociones y éstas determinan conductas. Las

conductas, a su vez, refuerzan los pensamientos que, en último lugar, mantienen homeostasis con el entorno.

Según Garry y Joseph (2007), la modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable.

Para Rimm y Masters (1980), la terapia cognitivo conductual es una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos para tratar la conducta humana de desadaptación.

De acuerdo con Beck (2000), la eficacia de la terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada a partir de los años 70's, y se ha demostrado que es de gran utilidad en el tratamiento de las depresiones mayores, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico, las fobias sociales, la drogadicción, los trastornos de la alimentación, los problemas de pareja y la depresión en pacientes internados.

Además la terapia cognitiva se aplica actualmente en todo el mundo, ya sea como tratamiento único o junto con otros, para el abordaje de otros trastornos, tales como el obsesivo-compulsivo, el estrés postraumático, los trastornos de personalidad, la depresión recurrente, dolor crónico, hipocondría y la esquizofrenia. También se ha estudiado el uso de la terapia cognitiva en otras poblaciones diferentes de la psiquiátrica: presos, escolares, pacientes con enfermedades no psiquiátricas y muchos otros grupos (Beck, 2000).

También es posible utilizar la terapia cognitiva en el tratamiento para pacientes que cuentan con distintos niveles de educación, ingresos y extracción social. Este abordaje ha sido adaptado para trabajar con pacientes de todas las edades, desde preescolares, hasta ancianos. Este tipo de terapia ha sido modificada para su aplicación a grupos, problemas de pareja y terapia familiar (Beck, 2000).

Aunque esta terapia se planea a medida para cada individuo, existen ciertos principios que caracterizan toda aplicación de la terapia cognitivo, de acuerdo con Beck (2000):

- 1) La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos: es decir, el terapeuta conceptualiza las dificultades del paciente en marcos de tres

tiempos: primero identifica su pensamiento presente que afecta a sus emociones y sus comportamientos problemáticos; en segundo término se discriminan los factores desencadenantes que influyeron sobre el pensamiento del paciente; y, en tercer lugar, se formula la hipótesis acerca de situaciones clave en el desarrollo del paciente y los modelos persistentes de interpretación de las situaciones que pueden predisponer a cierta problemática. De esta manera las formulaciones se basan en los datos que el paciente provee en la primera entrevista, y se va profundizando en el marco teórico a medida que el paciente aporta más datos a lo largo de la terapia. Durante la terapia el paciente aprende a identificar aquellos pensamientos asociados con los sentimientos que le perturban y a evaluar y formular respuestas más adaptadas a su pensamiento.

- 2) La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica: se necesitan los ingredientes básicos para la actividad como terapeuta, como son: calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia. El terapeuta debe mostrar interés por el paciente haciendo afirmaciones empáticas, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente las ideas y sentimientos que el paciente expresa, mostrando una actitud realista y optimista. También se revisa lo ocurrido en cada sesión para asegurarse de que el paciente se sienta comprendido y esté conforme.
- 3) Enfatiza la colaboración y la participación activa: se alienta al paciente a considerar la terapia como un trabajo en equipo. Deciden juntos cosas como los temas a trabajar en cada sesión, la frecuencia de los encuentros y las tareas que el paciente debe realizar entre sesión y sesión.
- 4) La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y se centra en problemas determinados. El terapeuta pide al paciente en la primera sesión que enumere sus problemas y que fije objetivos específicos, y se le ayuda a evaluar sus pensamientos que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto, para esto el terapeuta debe conceptualizar las dificultades de cada paciente y evaluar cuál es el nivel de intervención adecuado.

-
- 5) La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente. El tratamiento de la mayor parte de los pacientes implica poner un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente. Por lo tanto, se suele comenzar la terapia con un examen del aquí y el ahora, independientemente de cual sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias: cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo; cuando el trabajo produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional, o cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.
 - 6) Es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. En la primera sesión no sólo se le ayuda a establecer objetivos, evaluar e identificar sus pensamientos y creencias y planificar sus cambios de conducta, sino además le enseña cómo debe hacerlo el paciente, en cada sesión se le alienta a que registre las ideas que ha aprendido para que pueda sacar provecho de su nueva comprensión de las cosas en las semanas siguientes y aún después de finalizada la terapia.
 - 7) Tiende a ser limitada en el tiempo. Se trabajan de 15 a 20 sesiones, estableciendo los mismos objetivos para todos los pacientes: aliviar los síntomas, facilitar la remisión del trastorno, ayudar a resolver los problemas más acuciantes y proporcionar herramientas para que el paciente trate de evitar recaídas. Sin embargo hay pacientes que no tienen los mismos progresos en la terapia, algunos necesitan tratamientos más cortos o más largos en el caso de modificar creencias disfuncionales muy rígidas y modelos de comportamiento que contribuyen a su malestar crónico.
 - 8) Las sesiones de la terapia cognitiva son estructuradas: sin importar cual sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta tiende a armar una estructura para cada sesión. Por ejemplo, se le pide al paciente que haga una breve reseña de la semana, se establece de común acuerdo un plan para la sesión, se le pide un comentario de la sesión anterior, controla las tareas para el hogar, dispone nuevas tareas, realiza

frecuentes síntesis de lo trabajado y procura obtener un tipo de retroalimentación al finalizar. Al seguir un formato fijo, la terapia resulta mejor comprendida tanto por el paciente como por el terapeuta, además así aumenta la posibilidad de que una vez concluido el tratamiento, el paciente pueda practicar la auto terapia. La estructura de las sesiones ayuda a centrar la atención en lo más importante y a maximizar el uso del tiempo.

- 9) Ayuda a los pacientes a evaluar e identificar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. El terapeuta se vale del método socrático (también llamado “descubrimiento guiado”) que consiste en hacer una serie de preguntas estratégicas para ayudar al paciente a identificar, cuestionar y evaluar de manera objetiva y no defensiva sus propios pensamientos.
- 10) La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Suelen ser estrategias cognitivas y/o conductuales.

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes. Sin embargo, la terapia varía considerablemente según el caso, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. Por ejemplo, el tratamiento cognitivo para los trastornos de ansiedad, enfatiza en la reevaluación del riesgo en ciertas situaciones y los recursos a los que el paciente puede apelar frente a la amenaza (Beck y Emery, 1985; citado en Beck, 2000).

De acuerdo con Vallejo, (2008) la modificación de la conducta se puede caracterizar como una terapia breve, directiva, activa, centrada en el problema, orientada al presente, que supone una relación colaboradora, estas características son dimensionales de modo que su suposición en ellas es más gradual que discreta y, en todo caso, relativa con respecto a las otras terapias. Estas dimensiones son:

1. Breve. Se considera terapia breve porque dura menos de 30 sesiones, siendo el punto de referencia 15, las sesiones dentro de esta terapia pueden durar de una a dos horas, las primeras por lo regular son más largas, pero suelen estabilizarse en torno a una hora. La frecuencia

suele ser de una vez por semana, si bien, al comienzo pudieran ser 2 por semana y posteriormente hacerse más espaciadas. Así mismo dentro de cada sesión, el terapeuta puede seguir agendando, en todo caso conviene que el terapeuta y el cliente establezcan los objetivos de la terapia por anticipado.

2. Directiva. Esta pauta directiva se identifica en un cierto papel educativo consistente en dotar al cliente con una nueva explicación y terminología. Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersección. Además, se refuerza el comportamiento independiente.
3. Activa. El cliente es un sujeto activo en la resolución de su problema.
4. Orientada al problema. La terapia de conducta está orientada a tomar como objetivo resolver el problema presentado. Está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia donde apunta la terapia.
5. Presente. Esta orientada al presente supone más un cambio diacrónico paso a paso (cara al futuro). Se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la Terapia está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”.
6. Relación colaboradora. Se entiende con esto la participación activa del cliente en una labor terapéutica dirigida por el clínico. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que

consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

Con lo anterior se puede ver que la terapia de la conducta se caracteriza por atender la problemática que aqueja al cliente, centrándose en el presente y en la cual el paciente tiene un papel activo en ella, la duración de la terapia es de alrededor de 15 sesiones, es viable que el terapeuta y el cliente se pongan de acuerdo en los objetivos a lograr en las sesiones. Cabe mencionar que es una de las formas de psicoterapia con mayor validez científica por los muchos estudios que se han realizado para demostrar su efectividad (Semerari, 2002).

3.1 EXPLICACIÓN DEL TEPT POR EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los sentimientos de terror, de indefensión y de ansiedad extrema que experimentan las víctimas durante un evento permiten predecir, según las diversas teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico, generalización de estímulos, condicionamiento de orden superior y aprendizaje de evitación), el desarrollo futuro de problemas relacionados con el trauma (Echeburúa y Corral, 1995).

De acuerdo a los autores antes señalados, el acontecimiento amenazante actúa como una situación de condicionamiento clásico, en donde las vivencias experimentadas en el trauma por la víctima (dolor, falta de control, pérdida de libertad, amenaza de ser herido o asesinado, etc.) funcionan como estímulos incondicionados que producen una respuesta incondicionada de ansiedad y terror.

A través de un proceso de condicionamiento por contigüidad temporal o física, los estímulos condicionados en esta situación (la oscuridad, los ruidos bruscos, las personas desconocidas, la actividad sexual, las imágenes violentas, etc.), llegan a provocar respuestas de ansiedad. De la misma manera ciertos estímulos cognitivos (contar lo ocurrido a un amigo, asistir a una terapia, declarar en un juicio, recordar el suceso, etc.), actúan también como estímulos condicionados que generan respuestas de ansiedad por asociación con la experiencia del trauma vivido. De este modo, cuanto mayor es el número de

estímulos condicionados presentes en el suceso, mayor es la magnitud del miedo como respuesta incondicionada.

El proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento de orden superior explica la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos (ir de vacaciones, salir por la noche, quedarse solo, etc.), y la ampliación, del número de estímulos generadores de miedo (Echeburúa y Corral, 1995).

La respuesta de sobresalto (una conducta característica del trastorno de estrés postraumático), ocurre cuando una persona se enfrenta a un estímulo desagradable intenso, inesperado e incontrolable. Este síntoma es un componente más de la respuesta incondicionada al acontecimiento traumático original, y puede de nuevo emerger en forma de respuesta condicionada, en presencia de estímulos condicionados (un ruido inesperado por ejemplo) (Foa, Steketee y Rothbaum 1989; citados en Echeburúa y Corral, 1995).

Por otra parte, según los mecanismos explicativos del condicionamiento operante, la evitación conductual y cognitiva de las conductas relacionadas con la situación traumática se mantiene por reforzamiento negativo, es decir, por el alivio que supone no enfrentarse a ello. Esto explica por qué las secuelas del trauma son tan resistentes a la extinción espontánea.

Los modelos de condicionamiento explican la ansiedad y los miedos de las víctimas de un suceso aversivo, pero no dan cuenta de otros síntomas presentes en el TEPT. Sin embargo, la teoría de la indefensión aprendida, explica por qué algunas víctimas se muestran paralizadas, pasivas y culpables tras un acontecimiento de esta naturaleza. Los síntomas depresivos se desarrollan cuando los sujetos están expuestos a situaciones aversivas que perciben como incontrolables y en las que su conducta no tiene consecuencias efectivas.

Hay un cierto paralelismo entre el modelo de indefensión aprendida y la experiencia de victimización, ya que ambos:

- Están precipitados por acontecimientos aversivos e incontrolables.
- Permiten el desarrollo de creencias generalizadas acerca de la incontrolabilidad del futuro y de la generalización en los déficit conductuales a otras situaciones diferentes de la original.

-
- Incluyen una creencia generalizada acerca de la ineffectividad de las respuestas futuras.

A su vez, la mayor o menor intensidad de la indefensión experimentada por las víctimas está modulada por las atribuciones efectuadas. Las personas se sienten mejor si piensan que el universo es predecible, y por ello, buscan explicaciones de por qué ocurren las cosas, sobre todo aquellas que les afectan directamente. De este modo, las personas que se atribuyen la responsabilidad de lo ocurrido pueden experimentar un agravamiento del cuadro clínico. Concretamente se puede decir que, las víctimas que llevan a cabo atribuciones internas, estables y globales (por ejemplo: “yo soy el tipo de persona que siempre tiene problemas por su torpeza y nunca va a conseguir salir adelante”), se sienten peor que las que desarrollan atribuciones externas, inestables y específicas (por ejemplo: “tuve mala suerte” ó “me paso a mí como le pudo haber pasado a otra persona”) (Vallejo, 1998).

La evaluación cognitiva de lo ocurrido desempeña así mismo un papel importante. Mediante el proceso de evaluación cognitiva el sujeto interpreta y otorga un significado a los sucesos. Los esquemas cognitivos pueden llevar a una víctima a percibirse a sí misma, al entorno y al futuro como negativos y a desarrollar pensamientos irracionales relacionados con el suceso. Por el contrario, también se explica desde la misma perspectiva, por qué se pueden producir cambios positivos después de la experiencia traumática, como por ejemplo, mostrar un gran aprecio por la vida, percibirse a sí mismos como valientes o valorar el hecho de haber sobrevivido y de contar con una red sólida de apoyo social y familiar.

Finalmente, la depresión resultante tras un acontecimiento traumático, puede ser fruto, por un lado, de la escasa implicación de las víctimas en actividades previamente reforzantes como relacionarse con personas nuevas, participar en actividades lúdicas o tener relaciones sexuales; por otro lado, es resultado de la disminución de la autoestima, que puede ser resultado, a su vez, de la evaluación cognitiva distorsionada y de las atribuciones de culpabilidad.

Los modelos expuestos anteriormente no explican satisfactoriamente la re experimentación persistente del acontecimiento traumático, que junto con la

amplia generalización de los miedos, son los síntomas que diferencian al trastorno de estrés postraumático de otros cuadros clínicos.

La teoría del procesamiento de la información, trata de dar cuenta de las estructuras cognitivas del miedo y, desde esta perspectiva, explica la experimentación de los síntomas presentes en el trastorno de estrés postraumático.

Este cuadro clínico surge a partir de sucesos aversivos impredecibles e incontrolables que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas. Es decir, las estructuras cognitivas del miedo patológico se distinguen de las del miedo normal en que contienen elementos erróneos.

A diferencia de otras estructuras cognitivas, las estructuras de miedo patológico reflejan la existencia de una amenaza percibida, que no tiene que coincidir necesariamente con la existencia de una amenaza real, y funcionan como un programa de escape y de evitación conductual. Sólo cuando un estímulo adquiere un significado de amenaza, la estructura mnémica se transforma en una estructura de miedo. De este modo, una víctima de secuestro sin síntomas inmediatos aparentes puede desarrollar un trastorno de estrés postraumático cuando se entera de que sus agresores han asesinado a la siguiente víctima (Vallejo, 1998).

Cuando determinados estímulos activan una estructura de miedo ya generalizado, se puede producir una fuerte explosión de activación, en forma de sobresalto por ejemplo, y una reexperimentación del evento traumático, que traen como consecuencia estrategias de afrontamiento basadas en intentos de evitación o escape del miedo, por ejemplo: paralización, despersonalización, evitación conductual o cognitiva, etcétera.

Sin embargo, el miedo intenso y el malestar refuerzan el TEPT al impedir a la víctima el enfrentamiento prolongado con las situaciones que evocan el trauma. Al contrario de las exposiciones largas, la tendencia a escapar de los estímulos sensibiliza a los sujetos. De hecho, las exposiciones cortas, impiden la modificación de la estructura de miedo, que permanece inaccesible y, por lo tanto, no puede desactivarse. De este modo la evitación

sistemática impide la habituación a los estímulos y está asociada a la cronificación de los sistemas.

Las explicaciones anteriormente expuestas pueden ser complementarias una de otra al explicar el trastorno de estrés postraumático, los modelos de condicionamiento posibilitan una explicación adecuada de los miedos y de las conductas de evitación (conductual y cognitiva) presentes en este trastorno. La teoría de la indefensión aprendida puede dar cuenta de la depresión, de la pérdida del interés por las actividades significativas y de las conductas de apatía. Por último, la teoría del procesamiento de la información puede servir para explicar la reexperimentación de los sucesos traumáticos.

3.2 EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TEPT

La evaluación del daño psíquico sufrido en las víctimas de sucesos violentos como el secuestro, permitirán planificar el tratamiento, y en su caso, para tipificar los daños criminalmente, establecer una compensación adecuada o determinar la incapacidad laboral. Sin embargo, habitualmente se hace referencia a los daños somáticos y, de hecho hay una tipificación estandarizada de las lesiones corporales (en relación con los accidentes de coche o con las víctimas de un atentado), pero apenas se presta atención a la evaluación de los daños psíquicos (Echeburúa y Corral, 2005).

El objetivo de la evaluación psicológica en la víctima de un delito violento es valorar el tipo de daño psicológico existente para determinar la conveniencia de un tratamiento psicológico y, en su caso, para establecer los objetivos terapéuticos adecuados. Lo que se trata de evaluar es el malestar emocional generado por el acontecimiento violento (en este caso un secuestro), así como los recursos psicológicos disponibles, los estresores actuales y el grado de inadaptación consecutivo al suceso vivido.

La evaluación del daño psicológico requiere un análisis cuidadoso de la victimización sufrida, que no corresponde necesariamente con un cuadro clínico concreto.

Sin embargo, el malestar emocional se suele expresar habitualmente en forma de estrés postraumático o por medio de síntomas de ansiedad y depresión.

Al referirse el daño psicológico a diferentes ámbitos de la persona, el protocolo de evaluación utilizado debe ser amplio y variado, sin ser repetitivo y excesivamente prolijo, para poder elaborar un perfil individualizado del daño psicológico sufrido y contar con la colaboración de la víctima.

Las herramientas para la evaluación son:

a) La entrevista: Prácticamente todas las definiciones actuales de entrevista hacen referencia a un intercambio verbal frente a frente donde alguien, denominado el entrevistador, trata de obtener información, opiniones o actitudes de otro, o sea el entrevistado (Berstein, 1982).

Una entrevista se parece a una conversación en varios aspectos. Ambas implican por lo general un intercambio verbal cara a cara de información, ideas, juicios o sentimientos, en donde los mensajes se intercambian mediante formas de expresión verbales y no verbales. No obstante, una característica crucial que las distingue es que la entrevista está concebida para lograr un propósito seleccionado conscientemente. En una conversación puede o no haber un tema central, pero en una entrevista el contenido se dirige hacia una finalidad específica y por lo tanto debe haber unidad, progresión y continuidad temática. Para alcanzar el objetivo de la entrevista, uno de los participantes debe asumir y mantener la responsabilidad de orientar la interacción (por medio de preguntas) hacia un fin, el otro debe seguir la dirección de dicha interacción (contestando las preguntas). La entrevista se programa para realizarse en un tiempo y un lugar definidos, se debe continuar hasta alcanzar su propósito o hasta que sea evidente que éste no se puede lograr.

Tanto paciente como terapeuta intervienen de manera activa en el proceso de la entrevista, los dos influyen uno en el otro; el producto final es el resultado de dicha interacción. A esta interacción también se le conoce como el aspecto de relación de la entrevista. La relación que se establece entre el entrevistador y el entrevistado determina si se pueden lograr o no los propósitos de la entrevista. Se considera esencial que haya empatía entre el entrevistador y el entrevistado para que éste participe; es el primer objetivo de la entrevista inicial y de las subsecuentes. También resulta esencial utilizar términos cuyo

significado sea el mismo para ambos participantes de la entrevista. Esto se logra si se verifica con frecuencia el sentido que las dos partes dan a las palabras (Phares, 1996). La entrevista constituye un instrumento fundamental en la evaluación del TEPT. La naturaleza de los síntomas, especialmente, la evitación por parte del paciente de cualquier estímulo o referencia asociados al trauma experimentado, así como la existencia de fenómenos disociativos como lo son la empatía o la sensibilidad por el sufrimiento, pueden inducir al clínico a no ver la conexión entre los síntomas pasados y presentes (ansiedad, depresión, irritabilidad, consumo abusivo de alcohol, etc.), la experiencia del trauma, y, en último término a no ofrecer el tratamiento adecuado. Por ello, en la entrevista, la relación terapeuta-paciente adquiere un papel fundamental. Sólo un marco de confianza entre ambos, así como una atención específica al lenguaje extra verbal y a las emociones experimentadas, hacen posible una evaluación cuidadosa de los síntomas presentes.

b) Autoinformes: la escala sobre el impacto de acontecimientos de vida (*IES*), es un instrumento de 15 *items* diseñado para evaluar las repercusiones psicológicas de los acontecimientos negativos y que puede utilizarse para cuantificar la intensidad del trastorno de estrés postraumático.

c) Autorregistros: consisten en autoevaluaciones del propio paciente que implica, por un lado, una atención específica a las propias conductas en situaciones naturales, y por lo tanto, la anotación de las mismas en un diario estructurado. Los diarios se pueden utilizar como en primer lugar, como forma de llevar a cabo el análisis funcional de la conducta en evaluación anterior a la intervención y, en segundo lugar como control de las tareas terapéuticas durante el tratamiento. Los autorregistros constituyen el único modo de evaluación de las interacciones concretas de los pacientes en la vida real y posibilitan la detección de los elementos situacionales y de respuesta más significativos. La exactitud de los autorregistros aumenta cuando inmediatamente después de que la conducta ha tenido lugar es registrada.

d) De acuerdo con Echeburúa y Corral (2005), los instrumentos de medida más adecuados para la evaluación de los síntomas del TEPT son:

- Pruebas generales:
 - El cuestionario de 90 síntomas según el DSM-III-R (*SCL-90-R*) (Derogatis, 1997) consta de 90 *items* que se agrupan en torno a 10 escalas de psicopatología general: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala adicional. También cuenta con tres medidas globales: el GSI (sufrimiento global del sujeto), el PSDI (intensidad somática) y el PST (número de síntomas). Se considera un caso psiquiátrico cuando el sujeto obtiene una puntuación GSI mayor o igual a una puntuación T de 63.
- Pruebas específicas:
 - La escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático (*EGS*) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarausa, 1997). Es una entrevista estructurada que sirve para evaluar la intensidad de los síntomas de este cuadro clínico (según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000)), sirve para en víctimas de diferentes suceso traumáticos. Esta escala estructurada en un formato de tipo *Likert* de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 *items* de los que 5 hacen referencia a los síntomas de re experimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango de las puntuaciones es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la escala de evitación; y de 0 a 15 en la de activación. La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta si se establece un punto de corte global de 15, y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente.

-
- Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (*STAI*) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 20 *items* relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte en el *STAI-Estado* (correspondiente al percentil 75) es de 31 para la población femenina y de 28 para la población masculina.
 - Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 2007): escala autoaplicada que permite realizar una valoración del nivel de funcionamiento en la situación actual en 5 áreas: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relaciones de pareja, vida familiar y una última medición de funcionamiento “global”.
 - Inventario de Depresión (*BDI*) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 21 *items* (rango: 0-63 puntos) y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. En sus *ítems* se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos.
 - Escala de valoración de la depresión (*HRS*) (Hamilton, 1960) (versión española de Conde y Franch, 1984). Es una escala heteroaplicada que consta de 21 *items* (rango: 0-62 puntos) y que cuantifica la sintomatología depresiva de los pacientes, especialmente las alteraciones somáticas y conductuales. Suele ser empleada de forma complementaria al Inventario de Depresión de Beck. El punto de corte establecido para esta escala es de 18 puntos.
 - Escala de autoestima (*EAE*) es un instrumento de autoevaluación que consta de 10 *items* (rango: 10-40 puntos) y que mide el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La mitad de los *ítems* están planteados de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia. Cuanto mayor es la

puntuación, mayor es el grado de autoestima. El punto de corte en la población adulta es de 29.

- Escala de inadaptación (*EI*) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 6 *ítems* (rango: 0-30 puntos) y mide el grado en que el suceso traumático afecta a la adaptación global, así como a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 encada uno de los *ítems*. Cuanto mayor es la puntuación mayor es la inadaptación.

La evaluación multimodal del trastorno por estrés postraumático, por medio de escalas, entrevistas, autoinformes y autorregistros puede ser de gran interés para la detección del cuadro clínico, la planificación del tratamiento y una completa evaluación de los resultados terapéuticos.

3.3 TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PATA TEPT

De acuerdo con Echeburúa (1994), antes de comenzar la intervención cognitivo-conductual, se hace una evaluación pretratamiento, una vez que se esta llevando a cabo la intervención se hace una evaluación intratratamiento, después sigue la evaluación postratamiento, y pasados 1, 3, 6 y 12 meses se hace una evaluación de los seguimientos. Esto permitirá conocer los avances de la terapia. Las metas de resultados finales se dirigen a mejorar el funcionamiento general y la calidad de vida. Entre las metas específicas está disminuir los síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos de la angustia y la ansiedad. Mejorar las relaciones sociales y la capacidad de trabajar fuera de casa (o ir a la escuela) son metas adicionales (Zayfert, 2008).

Según Zayfert (2008), las principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento son las siguientes:

- Reducir la activación psicofisiológica: aquí, las intervenciones potenciales específicas de la meta son: exposición prolongada, terapia de exposición de canales múltiples y manejo de la ansiedad.

-
- Disminuir las ideas disfuncionales: las intervenciones potenciales específicas de la meta son: reestructuración cognitiva, autodiálogo guiado, ensayos conductuales y detención de pensamientos.
 - Mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento: las intervenciones potenciales específicas de la meta son: entrenamiento de inoculación al estrés, terapia de resolución de problemas y entrenamiento de manejo afectivo.

Fernández (2003), plantea que la intervención cognitivo-conductual para TEPT específicamente en las víctimas de secuestro tiene como fin la normalización, es decir, la generación, promoción de condiciones de vida y organización social similares a las existentes antes del secuestro. Para ello, debe considerar la existencia tanto de recursos sociales como personales, los cuales se potencializan en el curso de la intervención para facilitar a la familia el enfrentamiento de las situaciones asociadas al cautiverio. El Psicólogo tendrá en cuenta la existencia de factores biológicos predisponentes, problemas psicosociales, culturales, experiencias pasadas, así como significados asociados al evento, los cuales, se establecen antes, durante y después del acontecimiento vital estresante, como elementos que facilitan o dificultan la consecución de los objetivos planteados al inicio de la intervención psicológica. A lo anterior, se agrega el papel de la familia, que implica un apoyo eficaz, el cumplimiento efectivo de las funciones, los procesos de adaptación y ajuste para la superación de la crisis producto del cautiverio, respectivamente.

Garcés (2000), sugiere que estas nuevas estrategias generadas a partir de la normalización implican, además, el desarrollo de visiones alternativas de la realidad donde los miembros afectados se constituyen en los actores principales de su futuro. De acuerdo con este autor no existe un modelo de intervención terapéutico específico en las situaciones de secuestro, debido a que en la mayoría de las ocasiones esta elección depende del estilo del terapeuta. Sin embargo, un elemento psicológico vital es la creación de un contexto de ayuda y apoyo, en el cual se debe asumir una actitud de apertura que le permita a la familia el intercambio de códigos y la exteriorización de la situación vital estresante.

El psicólogo debe establecer la clase de intervención que va a realizar teniendo en cuenta los objetivos que desea cumplir, entre ellos el alivio de síntomas, establecimiento del ajuste del individuo (actividades preventivas de la descompensación, reestablecimiento del ajuste existente antes de la crisis y reestablecimiento del nivel máximo de funcionamiento), identificación de factores precipitantes o determinación del origen de la crisis. Se pueden aplicar dos tipos de intervención: de primer orden, conocida también como primera ayuda psicológica, que consiste en proporcionar apoyo para reducir los riesgos de suicidio, facilitar el acceso a la familia y al exsecuestrado a otras instituciones que proporcionen recursos para la superación del trauma, el tipo de segundo orden implica la intervención propiamente dicha, contribuyendo a la supervivencia física, identificación y exteriorización de sentimientos, obtención de dominio cognitivo, generación de nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales (Fernández y Rodríguez, 2002).

3.4 TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Las técnicas cognitivo-conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Méndez, Olivares y Moreno, 1998). Se mencionan en los siguientes apartados, las técnicas Cognitivo-Conductuales consideradas dentro de un tratamiento para las víctimas de secuestro.

3.4.1 Terapia Racional Emotiva (TRE)

Ellis desarrolló la terapia racional-emotiva (se mencionara en adelante como TRE) en 1955. La premisa básica de la TRE es que gran parte, sino todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptables en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta.

La TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiados en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, por una parte, es amplio y múltiple:

es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos, así como conductuales en forma integral y, por otra, es, asimismo, una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas. Es una terapia realista, que a nada compromete, así mismo directiva-activa. Esta terapia es utilizada en casos de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, problemas de pareja y familiares, conducta suicida, disfunciones sexuales, impulsividad, agresividad y toxicomanías (Vargas e Ibáñez, 1998).

No hay mística en el enfoque racional-emotivo de los trastornos psiquiátricos. Su lenguaje es simple: sólo se emplean términos de uso corriente. A menudo se le ha llamado método del “sentido común”. Sus técnicas son fácilmente aplicadas por los médicos familiares, los pediatras o los especialistas médicos o cirujanos, las enfermeras y otros profesionales de la salud.

La TRE está especialmente diseñada para tener eficacia terapéutica, estimula de modo particular la terapia de plazo relativamente corto. Realiza esto, haciendo hincapié en la acción directa, en un alto grado de actividad por parte del terapeuta, en el empleo de la biblioterapia y en un señalamiento específico de tareas a realizar por el paciente en el intervalo entre una sesión y otra.

Esta terapia enseña a los pacientes a discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva a resultados “buenos” o positivos, y a descartar aquellos que conducen a consecuencias “malas” o negativas. Por consiguiente, uno de los principales principios de la TRE consiste en establecer cuáles son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre sí mismo, sobre los demás y, luego, discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales (Ellis, 1980).

Al mismo tiempo que hace hincapié en el análisis cognoscitivo y filosófico, la TRE constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica e intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales, esto las ayuda a discutir y desechar tales ideas. Se supone que las personas se trastornan en

formas complejas (es decir, cognoscitivas, emotivas y conductuales); por lo tanto, no existe un modo sencillo de ayudarse ellas mismas a estar menos alteradas. Lo que se podrían llamar sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que les sucede en el punto A (Acontecimientos o Experiencias Activantes). Sin embargo, tales problemas consisten también en reacciones emocionales insuficientes o excesivas, a tales experiencias activantes; asimismo, pueden comprender habitualmente patrones de comportamiento disfuncional, como sus adicciones a actos destructivos de la salud (p. ej. comer en exceso y fumar) y la evitación de actos de protección de la salud. Debido a que el trastorno incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales, la TRE proporciona un análisis multifacético y ataca a dichos elementos, por lo que es, casi inevitablemente, un acercamiento a la terapia CEC (cognoscitiva-emotiva-conductual).

Desde un punto de partida cognoscitivo o filosófico, la TRE parte de la suposición o hipótesis de lo que se llaman las consecuencias o reacciones emocionales (punto C) proceden principalmente de las ideas o creencias (*Beliefs*) conscientes e inconscientes (punto B) o de las evaluaciones, interpretaciones y filosofías acerca de lo que ocurre en el punto A (experiencias activantes). Este es el sistema A-B-C de formación y cambio de personalidad, que la TRE ha hecho ahora famoso. Cuando en el punto A, se tiene una enfermedad, hay una importante tarea que hacer o existe el rechazo por alguna persona significativa y existe un sentimiento de ansiedad o tristeza en el punto C (Consecuencias), A puede parecer causar o conducir a C directamente. Sin embargo, en realidad es B (el sistema de creencias) lo que directamente provoca la ansiedad o tristeza, aunque A puede también haber contribuido. B consta, en primer lugar, de un conjunto de creencias irracionales como, por ejemplo: “¡Cuánto molesta el estar enfermo! Quisiera hallarme sano, y encuentro muy desagradable tener esta enfermedad”; y, en segundo lugar, de otro conjunto de ideas irracionales, como: “No debo caer enfermo, y tengo que recuperar la salud fácil y rápidamente. Sería terrible y catastrófico que no pudiera conseguirlo.”

En la TRE se definen los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la

sobrevivencia y la felicidad de los humanos. He aquí las metas que prácticamente todos los seres humanos eligen durante sus vidas: continuar la existencia que se les da al nacer e intentar que siga la vida con una razonable felicidad y en forma relativamente libre de dolor o molestias. Más específicamente, cuando se dice, en un discurso orientado a la TRE, que una persona es “racional”, esto es, que ha decidido, de acuerdo con Ellis: 1) aceptar lo que en realidad existe en el mundo real; 2) tratar de vivir amigablemente en un grupo social; 3) relacionarse íntimamente con unos cuantos miembros de su grupo social o comunidad; 4) comprometerse en un trabajo productivo y agradable, 5) participar en empresas recreativas elegidas por selección que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias. La irracionalidad o el sentir y actuar inapropiadamente consisten en interferir sin justificación en la vida de alguien o en causarse daño innecesariamente.

Propone una lista de las principales ideas irracionales:

1. Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por otros en casi en todo momento.
2. Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda.
3. Las personas que me hieren o me hacen daño son malas, perversas, ruines, por lo que debo culparlas, condenarlas y castigarlas con severidad.
4. Es horrible, terrible o catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. Los eventos externos causan gran parte de la infelicidad humana, tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de la depresión, la hostilidad y sentimientos similares.
6. Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que comprometerme con formas provechosas de autodisciplina.
7. Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme por ello.
8. Mi pasado sigue siendo importante y sólo porque algo haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente.

-
9. Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son, así que debo considerar horrible o espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida.
 10. Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y la no acción o disfrutando de mi mismo pasivamente sin comprometerme.
 11. Debo tener un alto grado de orden o certeza para sentirme bien.
 12. La calificación global que me doy a mí mismo como humano, mi valoración general y auto aceptación dependen de la perfección de mis acciones, también del grado de aprobación que me den las personas.

Lo que el terapeuta tiene que hacer es conseguir que el paciente ponga atención a sus autoverbalizaciones, las analice y las sustituya por auto verbalizaciones que le provoquen al paciente menos problemas. La técnica consiste en enseñarle al paciente el método del ABC, que consiste en pedirle que indique una situación que le provoca una emoción desagradable.

Lo importante es demostrarle al paciente que el origen de sus estados de ánimo no está en el ambiente, en su familia, en sus amigos, en su trabajo, sino en la forma en que interpreta los fenómenos que le acontecen. Por supuesto que hay cambios ambientales que definitivamente afecta a una persona, como una puñalada o la muerte de un hijo, pero en general, a la persona con problemas emocionales no le ocurren cosas así. Una vez demostrado esto, se le pide al sujeto que comience a registrar en forma escrita o verbal, los eventos activantes. Después se le pide que registre las consecuencias. En el consultorio se analizan estos registros y se discute la idea irracional. El punto más importante es cuando el sujeto identifica por sí solo la idea irracional. Después se pasa a D, que es la disputa racional, que provoca a su vez E, que es la consecuencia del análisis racional. Durante el uso de la TRE, el terapeuta tiene que hacer uso de todas sus habilidades de persuasión, demostrando lógicamente el razonamiento equivocado del paciente. Las razones básicas son pragmáticas: si un pensamiento provoca malestar, sentimientos indeseables, entonces es una idea irracional (Ellis, 1993).

Las técnicas que utiliza ésta terapia de acuerdo a Vargas e Ibáñez (1998) son:

A- técnicas cognitivas:

-
- 1- Detección: consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación (p.ej. el DIBS) o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
 - 2- Refutación: consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener que?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.
 - 3- Discriminación: el terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
 - 4- Tareas cognitivas para casa: se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación (p. ej. el DIBS), cintas de *cassettes* sobre temas generales de TRE y biblioterapia TRE.
 - 5- Definición: se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("p.ej. en vez de decir "no puedo", decir, "todavía no pude").
 - 6- Técnicas referenciales: se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
 - 7- Técnicas de imaginación: se utilizan, básicamente tres modalidades:
 - I. La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.
 - II. La proyección en el tiempo, el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.
 - III. Hipnosis, técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

B- técnicas emotivas:

- 1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.
- 2- Métodos humorísticos: con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- 3- Autodescubrimiento: el terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.
- 4- Uso de modelado vicario: se emplea historias, leyendas, parábolas, etc., para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
- 5- Inversión del rol racional: se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
- 6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello (p. ej. "Pedir tabaco en una frutería").
- 7- Ejercicio de riesgo: se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.ej. "hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo").
- 8- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.
- 9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C-técnicas conductuales:

1. Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
2. Técnica de "Quedarse allí": se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
3. Ejercicios de no demorar tareas: se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
4. Uso de recompensas y castigos: se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

3.4.2 Entrenamiento en solución de problemas (SP)

El entrenamiento en solución de problemas (en adelante se mencionará como SP) pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la resolución de problemas, con ésta técnica no se eliminan los problemas, el terapeuta no es omnipotente, sino que proporciona métodos para que el cliente analice y evalúe posibles opiniones, ofrece un modo de enfocar el mundo que excluya la ansiedad y el estrés innecesarios.

Inicialmente la investigación sobre resolución de problemas en humanos vino de la mano de la psicología experimental, centrándose básicamente en el estudio de los procesos cognitivos que siguen las personas para solucionar problemas intelectuales impersonales, tales como rompecabezas, problemas matemáticos o físicos. Pero este tipo de situaciones poco tenían que ver con los conflictos a los que se enfrenta el ser humano diariamente. La aplicación de la técnica de SP en la intervención, tiene sus orígenes en el movimiento que durante las décadas de los años cincuenta y sesenta defendía la adopción de un enfoque de competencia social en psicopatología (Caballo, 1995).

Algunas de las problemáticas de aplicación terapéutica para esta técnica son: esquizofrenia, problemas de pareja y familiares, delincuencia, obesidad, hipertensión, ansiedad y estrés.

De acuerdo con Gavino (1997) en los últimos veinticinco años el desarrollo de la técnica de resolución de problemas aplicada sobre problemas interpersonales ha sido notorio debido a:

- a) Creciente interés en el estudio de la creatividad.
- b) Surgimiento del enfoque de competencia social en la psicopatología en contraposición al modo médico tradicional.
- c) Desarrollo y expansión del enfoque cognitivo-conductual en la modificación de conducta.
- d) Desarrollo de la teoría transaccional del estrés.

El entrenamiento en SP siguiendo el modelo de D`Zurilla y Golfried (1971), está dirigido al aprendizaje de estrategias de afrontamiento para superar con éxito distintos problemas personales. La técnica se desarrollo en tres sesiones, en las que se les explica los distintos pasos para aprender a resolver los problemas de forma eficaz, pasando posteriormente a solucionar

distintos problemas planteados por los participantes. El entrenamiento en SP consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema.

Esta técnica, desarrollada inicialmente por D`Zurilla y Goldfried, tiene como objetivo general el ayudar a solucionar problemas, a tomar decisiones y decisiones acertadas. Sus objetivos específicos abarcan, ayudar a las personas a reconocer un problema en el momento en que comienza a presentarse, inhibir la tendencia a responder a una situación problema de forma impulsiva, facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta más adecuada al problema presentado. El resultado será una mayor eficacia para hacer frente a los problemas así como una reducción de las posibles respuestas emocionales (como la ansiedad) asociadas a éstos.

Para D`Zurilla y Goldfried (1971), la meta de la técnica y de la modificación de conducta es la misma, es decir, producir consecuencias positivas, reforzamiento positivo y evitar las consecuencias negativas. Para ellos, la SP es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz. La asunción fundamental de la que parte la terapia de SP es que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad. Ello implica que aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social. Aquellos que carecen de dicha competencia para solucionar problemas pueden también ser entrenados para solucionar tanto problemas cotidianos como, más importante, problemas clínicos o comportamentales.

El procedimiento de la SP de acuerdo con D`Zurilla y Goldfried (1971): el punto de partida es definir en qué consiste un problema. Un problema aparece cuando no se dispone de forma inmediata de una respuesta eficaz para afrontar la situación. Esto implica que ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta apropiada lo que hace problemática a la situación. La solución en consecuencia será proveer a la persona de una estrategia o técnica que le permita enfrentarse a las situaciones problemáticas desde una perspectiva más adecuada y con una

eficacia mayor. Enseñarle una estrategia que le señale la forma de enfocar y buscar soluciones válidas para cualquier tipo de problema que se le pueda presentar, más que enseñarle a solucionar un problema aislado y puntual. El entrenamiento en solución de problemas implica seguir los siguientes pasos:

1. Cambio en la forma de considerar los problemas: hay que cambiar la forma en que la persona se aproxima a las situaciones problema. Ya se ha señalado que lo problemático no es la situación sino la falta de conductas. Además hay que reconocer que las situaciones problemáticas (para las que no se dispone de soluciones inmediatas) son algo habitual y normal en la vida, que es lógico esperar que se presenten con relativa frecuencia. Pero también que es posible y necesario hacerlas frente buscando respuestas eficaces, en lugar de abandonarse a sentimientos de inutilidad o permitir que las respuestas emocionales bloqueen acciones más inteligentes. Para ello lo más adecuado es identificar las situaciones problemas cuando aparecen, inhibir la tentación de responder impulsivamente ante una situación problema y buscar posibles soluciones adecuadas a la situación.
2. Definición y formulación del problema: en las investigaciones científicas los términos del problema (o la pregunta a resolver), suelen ser claros y estar bien definidos. Por ejemplo: ¿Se tardará menos de reconocer una palabra escrita en negro sobre fondo blanco, que escrita en blanco sobre fondo negro?, la respuesta sólo puede ser sí o no. Una pregunta clara facilita la respuesta. Pero en la vida ordinaria los problemas no suelen presentarse tan claramente definidos. Es necesario aprender a definir los problemas en términos objetivos y solucionables. Es necesario definir de forma precisa y operativa el problema. Para ello los problemas no deben definirse en términos de situaciones o comportamientos de otras personas, sino en términos que impliquen las conductas propias para poder hacer frente a determinadas situaciones. La capacidad para pasar de problemas abstractos a términos concretos es lo que define a un buen solucionador de problemas. Otras consideraciones a tener en cuenta para definir adecuadamente un problema son la de obtener la mayor información posible, separar la información relevante de la irrelevante, distinguir hechos de suposiciones e interpretaciones, y por

último, establecer objetivos realistas. Para detallar los diferentes aspectos implicados en el problema, así como la respuesta habitual que da la persona, puede ser útil el formularse preguntas como las siguientes:

- a) Descripción del problema: ¿Qué sucede, ha sucedido o dejado de suceder que me molesta?, ¿dónde sucede?, ¿cómo sucede?, ¿quien está implicado?
- b) Descripción de la respuesta habitual: ¿Qué hago o dejo de hacer en esa situación?, ¿cuando y cómo lo hago?, ¿cuánto tardo en reaccionar?, ¿por qué lo hago?

Una descripción más precisa del problema y las respuestas habituales a este aportará más información y permitirá poder ver el problema desde diferentes ángulos, facilitando en consecuencia generar más puntos de vista y más alternativas de solución.

3. Generar posibles respuestas alternativas al problema: el objetivo en esta fase es generar un número elevado de posibles soluciones al problema. Cuantas más alternativas de solución o más conductas haya para hacer frente a un problema, más fácil es que se pueda escoger una adecuada. Por otro lado el dedicarse a generar posibles alternativas permite considerar desde más puntos de vista la situación. Así mismo esta obligación de generar alternativas inhibe la tentación de actuar impulsivamente cuando aparece el problema. Parece conveniente, de acuerdo con estas consideraciones, forzarse a generar un número de posibles alternativas de respuesta al problema (es importante obligarse a un número mínimo de soluciones, por ejemplo 10). A la hora de generar las alternativas de respuesta conviene adoptar una postura abierta, todas valen, no es el momento de juzgar cuáles son buenas y cuáles no, simplemente es el momento de buscar qué conductas podrían llevarse a cabo. Para ello pueden servir de guía las siguientes consideraciones:

- Excluir cualquier crítica sobre posibles respuestas (posteriormente llegará el momento de hacerlo). Todo vale.

-
- Lo mejor es generar una gran cantidad de respuestas (entre ellas habrá algunas buenas).
 - Puede ser importante combinar ideas o alternativas para dar con otras respuestas mejores.
4. Toma de decisiones. una vez generadas las alternativas de respuesta es necesario, en primer lugar, establecer los criterios de acuerdo con los cuales se evaluará la idoneidad de esas alternativas de respuesta generadas. Dos o tres criterios pueden ser suficientes, dependiendo de cada problema. Incluso puede hacerse que no todos los criterios tengan el mismo peso o valor a la hora de evaluar las alternativas de respuesta. Una vez establecidos los criterios se evalúa cada alternativa, puntuando el valor que tendría para conseguir cada uno de los objetivos establecidos. La alternativa que obtenga una puntuación más elevada será la seleccionada como respuesta a emitir en las situaciones problema. Para facilitar el análisis de todas las alternativas se pueden elaborar matrices de decisiones, una tabla de doble entrada que en una parte incluye las soluciones y en la otra los criterios para evaluarlas. Puntuadas cada solución de acuerdo con los criterios se escoge aquella que tenga más puntuación., También pueden combinarse dos soluciones de forma que entre ambas puedan alcanzar puntuaciones elevadas en todos los criterios establecidos, indicando que la solución es más adecuada para el problema.
 5. Verificación: el objetivo de este último paso es constatar si realmente la respuesta o solución que se ha adoptado es tan eficaz como se la juzgó y consigue poner fin al problema. Una vez seleccionada la alternativa de respuesta se ha de establecer el período de tiempo durante el cual se llevará a cabo. Durante este período de tiempo no se puede volver a cuestionar la solución al problema. Ya se tomó la decisión y ha de mantenerse durante el período establecido. Así mismo se establecen de forma específica los criterios con los que se evaluará, pasado este tiempo, si la alternativa adoptada ha servido para solucionar el problema o no. Si al evaluar los resultados, pasado el período fijado, la alternativa seleccionada ha logrado alcanzar los criterios establecidos, el problema

está solucionado (o en vía de solución si los criterios implican sólo objetivos parciales). Si, por el contrario, no los alcanza, se hace necesario volver a pasos anteriores (básicamente al paso 4º, si bien en algunos casos es necesario volver al 3º o al 2º), y realizarlos nuevamente. La generación de nuevas alternativas, o la reevaluación de las existentes con distintos criterios (o pesos de éstos) señalarán nuevamente la alternativa a desarrollar.

El uso de la técnica de SP será tanto más eficaz cuanto más se haya practicado con ella. Por ejemplo, llevarla a cabo 2-3 veces al día aunque sea con problemas no muy relevantes, o con situaciones que se anticipan que pueden generar problemas. Una vez aprendida la técnica puede utilizarse para cualquier situación problema nueva que se genere, o incluso para prevenir posibles situaciones problemas y tener preparada una respuesta para cuando presenten.

Los pacientes deben ir practicando la técnica con sus problemas cotidianos, exponiendo el procedimiento y sus resultados de forma grupal. Esta práctica escalonada sirve de apoyo para aumentar la confianza en sí mismos para la resolución de problemas cotidianos.

La eficacia de la solución debe comprobarse empíricamente, aplicándola en la vida real y observando y registrando los resultados. Para que el sujeto sea un buen observador se le ha de entrenar en la complementación de autorregistros, los cuales deben incluir tanto valoraciones conductuales como emocionales. Si la valoración es negativa habrá que analizar e intentar delimitar las variables responsables; si se debiera a un fallo en la ejecución el sujeto deberá intentar mejorar la puesta en práctica, si no es así deberá de repetir el proceso parcial o totalmente (Méndez y Olivares, 2001).

3.4.3 Autocontrol

La característica esencial de esta técnica radica en que es la propia persona el agente de su cambio de conducta, se sostiene que la decisión de controlar la conducta de uno mismo suele verse reforzada o estimulada externamente (por factores tales como el aplauso social y recompensas de carácter financiero o físico). El objetivo final del autocontrol es que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta.

Las etiquetas autorregulación, autocontrol y autodisciplina, son a menudo utilizadas indistintamente. Sin embargo, algunos autores establecen matices:

Kanfer y Goldstein (1987), utilizan el término autorregulación para referirse a los casos en los que la persona dirige su propia conducta, pero, las modificaciones que lleva a cabo no suponen el control de ninguna respuesta conflictiva.

La conflictividad está presente en el concepto de autocontrol, pues el sujeto inicia una conducta controladora que va a tratar de alterar la probabilidad de ocurrencia de una conducta conflictiva (conducta controlada). Por tanto, el término autorregulación sería más general y englobaría conceptos más restringidos como el de autocontrol. Un requisito para poder hablar de autocontrol es que la conducta se ponga en marcha sin ninguna instigación exterior, física o social, sino por variables autogeneradas.

La fuerza de voluntad se ha identificado como una variable de personalidad relativamente estable, no susceptible de entrenamiento (el sujeto la posee o no). Esta concepción de autocontrol como rasgo resulta poco práctica, ya que cierra las puertas al entrenamiento y por tanto a la modificación del comportamiento del sujeto. Únicamente aporta una definición tautológica del concepto de autocontrol (una persona manifiesta autocontrol porque posee fuerza de voluntad, y posee fuerza de voluntad, porque inicia conductas de autocontrol).

Desde el punto de vista de la terapia de la conducta, el concepto de autocontrol se ve como una habilidad entrenable que conforma un continuo, a lo largo del que se sitúan las personas.

De acuerdo con Thoresen y Mahoney (1981) la manifestación de autocontrol es el resultado del conocimiento que el sujeto tiene acerca de las relaciones funcionales que controlan su comportamiento, por lo que, el aumento de dicho conocimiento llevaría a un incremento del autocontrol.

Las variables que ponen en marcha las estrategias de autocontrol, son las consecuencias aversivas que a corto o largo plazo tienen las respuestas objeto de control, a pesar de sus inmediatos efectos positivos.

Por tanto, el autocontrol es la habilidad susceptible de aprendizaje, que engloba cualquier conducta controlada exclusivamente por variables

autogeneradas (físicas, sociales o cognitivas), que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta, cuyas consecuencias, podrían resultar aversivas para el individuo.

Las áreas de aplicación de ésta técnica: problemas de alimentación, ansiedad, ludopatía, tabaquismo y adicciones, hipertensión arterial, diabetes. Procedimiento básico: las fases del entrenamiento en autocontrol de acuerdo con Thoresen y Mahoney, son:

1. Autoobservación: enseñar al paciente a operativizar sus problemas, para después obtener datos acerca de las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos.
2. Establecimiento de objetivos: el paciente habrá de decidir qué nivel de control quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva.
3. Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución: se deciden las técnicas concretas de autocontrol en las que se entrenará al cliente. Se establecen las reglas de conducta que guiarán todo el entrenamiento (qué se compromete a hacer el cliente y en qué momentos concretos).
4. Aplicación de las técnicas en contexto real: una vez que se ha llevado a cabo el entrenamiento en la consulta, se pone en práctica lo aprendido en la vida diaria:
 - Autoobservación: identificación de la situación problemática.
 - Aplicación de la técnica adecuada a los requerimientos de la situación.
 - Autoevaluación: comparación de la ejecución en ésta situación con los criterios conductuales que previamente se habían establecido.
 - Autorrefuerzo o autocastigo en función de la adecuación de la conducta a los criterios de ejecución.
 - Autocorrección: en caso de que la conducta no haya alcanzado los criterios establecidos, habrá que identificar si el problema ha estado en la autoobservación, en la aplicación de la técnica o en la autoevaluación.
5. Revisión de las aplicaciones con el terapeuta: se analizan las dificultades y problemas que hayan surgido.

El esquema de un entrenamiento en autocontrol, es el mismo que el de otro tipo de intervenciones. La diferencia está en que el objetivo de los programas de autocontrol no es la eliminación del problema puntual, sino que el sujeto internalice unas técnicas y una metodología de manejo de situaciones que le permita el abordaje de otros aspectos problemáticos.

3.4.4 Desensibilización Sistemática (DS)

Desarrollada por Wolpe en 1958 (Olivares y Méndez 2001), la desensibilización sistemática (en adelante se mencionará como DS) es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y eliminar las conductas motoras de evitación. El punto de partida consiste en que la aparición de determinados estímulos produce de forma automática respuestas de ansiedad. Se intenta provocar, de manera automática, la aparición de respuestas incompatibles con la ansiedad.

Modelos teóricos explicativos: a pesar de la eficacia demostrada por la DS, no está claro a través de qué proceso o procesos se logran sus resultados, sin embargo se consideran los siguientes modelos explicativos:

- Inhibición recíproca y contra-condicionamiento: corresponde con la propuesta inicial de Wolpe. Al asociarse al estímulo ansiógeno una respuesta incompatible, se facilitaba el condicionamiento de una respuesta contraria a la ansiedad: contra-condicionamiento. No obstante, a veces se logran resultados sin una respuesta incompatible, o muy poco intensa, y se dan situaciones en que la graduación apenas ha existido.
- Modelo de Van Egeren: según este autor, se pueden dar cuatro procesos que pueden situarse con respecto a dos ejes: largo plazo-corto plazo, inhibición antagónica-no inhibición antagónica. Los cuatro procesos son: contra-condicionamiento, inhibición recíproca, habituación y extinción.
- Aspectos de condicionamiento operante y moldeamiento: el reforzar de manera operante al cliente por ir realizando las respuestas motoras que antes evitaba, a las que está siendo desensibilizado, parece colaborar e

incluso acelerar la eficacia de la DS. El reforzamiento operante por permanecer en contacto con el estímulo ansiógeno facilita el aumento de dicho contacto y la reducción de conductas de evitación, además de producir la “prueba de realidad”. Un aspecto más es el de modelado y reforzamiento social, que puede estar colaborando, especialmente en la DS en vivo.

- Aspectos cognitivos: los aspectos cognitivos señalados han sido varios: la reestructuración de cogniciones, los cambios en los niveles de autoeficacia, el valor de la DS como estrategia de afrontamiento y los efectos placebo. Existe un modelo cognitivo de expectación: es la autoobservación de la propia mejoría, no la exposición *per se*, la que determina la eficacia de la DS. La presentación imaginaria del estímulo puede iniciar un proceso de habituación que disminuya la ansiedad ante estímulos reales. A su vez, la autoobservación del cambio en vivo facilita la reestructuración cognitiva. Son importantes las exposiciones reales o imaginarias, pero también lo son los aspectos cognitivos asociados: expectativas de ganancias terapéuticas (Olivares y Méndez, 2001).

Aspectos básicos a considerar de esta técnica:

- Respuestas incompatibles: si aparece una, no puede aparecer la otra. Por ejemplo, tensión y relajación.
- Jerarquía de estímulos: si una situación, objeto o persona produce una reacción de ansiedad, las variaciones de esa situación también provocarán un grado de ansiedad. Si un perro gruñendo provoca ansiedad, hay una serie de situaciones intermedias: “ver de lejos un perro pequeño”, “ver un perro grande”, etc. O sea, una configuración estimular puede organizarse de distintos modos en función de su capacidad para producir ansiedad.
- Contra-condicionamiento: si se quiere asociar a una situación que provoca ansiedad una respuesta alternativa incompatible (por ejemplo, relajación), será más fácil hacerlo comenzando con variaciones de esa situación que apenas provoquen ansiedad.

-
- Generalización: cuando se asocia una respuesta a una determinada situación, también se generaliza a situaciones similares, más cuanto más similares sean.

Áreas de aplicación: está especialmente indicada en casos de miedos, ansiedad, trastornos fóbicos, en todos los casos que supongan estímulos condicionados en el mantenimiento del problema, como disfunciones sexuales, parafilias, asma, insomnio, alcoholismo y adicciones.

Procedimiento básico de la DS (Wolpe, 1993):

1. Presentación de la técnica al cliente: es necesaria la explicación de la técnica al cliente, para motivarlo, pero también hacerle comprender la estrategia básica y los principios de la eficacia técnica. Así como de la explicación de la ejecución de cada fase. Mencionar la necesidad de practicar la relajación en casa, así como la importancia de la creación de una jerarquía adecuada, del papel esencial de la consecución de imágenes mentales vívidas concretas, y del esquema de la comunicación con el terapeuta durante la presentación de los ítems.
2. Entrenamiento de la respuesta incompatible con la ansiedad: la relajación progresiva es la respuesta incompatible que más se ha utilizado. Es una respuesta fácil de generar a voluntad que puede utilizarse prácticamente en todo tipo de ambientes. Otros métodos de relajación: entrenamiento autógeno, meditación trascendental, yoga, biofeedback, control de la respiración.
3. La construcción de la jerarquía de ansiedad: es una lista de estímulos que suscitan ansiedad, relacionada temáticamente con el problema, ordenada según el nivel de ansiedad que provocan. Dichos estímulos deben ser:
 - Realistas.
 - Concretos y graduables, por ejemplo, en vez de “veo un perro corriendo hacia mí”, sería mejor “un perro pastor, a 10 metros de distancia, está echado en el suelo durmiendo”. Se pueden graduar sus elementos.
 - Deben ser estímulos relevantes para el problema en cuestión.

-
- Los elementos deben ser aportados y evaluados por el cliente con ayuda del terapeuta. No convienen las sugerencias de éste, han de ser ordenados no sobre “bases lógicas”, sino a criterio del cliente.
 - La jerarquía de ansiedad debe estar cuantificada, generalmente en Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA). Hay dos tipos de escalas: espaciotemporales y temáticas (o convencionales e idiosincrásicas). Las primeras son más fáciles de construir y graduar. Las temáticas son las que están relacionadas con un mismo tema (sangre, inyecciones, etc.).
4. La desensibilización propiamente dicha: una vez la persona ha sido entrenada en relajación y se ha construido la jerarquía, se procederá a presentar los ítems en imaginación mientras se aplica la relajación. Previamente conviene asegurarse de que el sujeto es capaz de imaginar vívidamente. Se pueden hacer pruebas, con un ítem neutro, para ver si el sujeto es capaz de imaginar, y con un ítem que suscite una emoción fuerte para ver si aparecen las reacciones esperadas. El fallo en la primera, implica entrenamiento en técnicas de imaginación o utilización de una técnica alternativa (video o diapositivas). El fallo en la segunda indica una desconexión entre los sistemas cognitivos y emocionales o baja respuesta fisiológica, debe buscarse desensibilización *in vivo* u otra técnica de exposición. Una vez que el terapeuta se ha asegurado de que el cliente imagina vívidamente, procederá a presentar los ítems y anotar los niveles de ansiedad, mediante un sistema de fichas. Deberá asegurarse mediante pruebas de la efectividad relativa de cada ítem. Se procederá presentando un ítem que produzca ansiedad 0 y luego se presentará uno que produzca un nivel algo mayor, primero con presentaciones cortas cuya duración aumentará paulatinamente. Cuanto mayor sea el tiempo de exposición, mayor será la desensibilización conseguida. Si la ansiedad baja para un ítem, bajará relativamente para los superiores. La primer sesión empezará con un ítem desensibilizado a nivel 0. La siguiente sesión comenzará por el ítem desensibilizado con éxito. Generalmente, dentro de cada sesión se suelen trabajar cuatro escenas. Se realizan una o dos sesiones por semana. Para fomentar la

generalización se pueden diseñar tareas a realizar fuera que impliquen exposición a estímulos ansiógenos reales, pero cuando el sujeto haya llegado a niveles medios o altos de desensibilización.

Wolpe (1993), supone que el procedimiento se basa en la presentación gradual de los ítems de la jerarquía y en el entrenamiento en respuestas incompatibles. Se ha demostrado que la presentación de los ítems en orden inverso también produce efectos positivos (Bernstein y Borkovec, 1985).

- a) Desensibilización en vivo: exponer gradualmente al sujeto a los estímulos ansiógenos en la vida real. El terapeuta suele acompañar al cliente, pero es conveniente utilizar varios coterapeutas para evitar que aquel se convierta en un estímulo condicionado inhibitorio de ansiedad. Conviene dar tareas entre sesiones. No se suele entrenar en relajación o en respuestas incompatibles. En general, es más eficaz que la aplicada en imaginación, ya que ofrece mayores posibilidades de generalización. No obstante, en vivo suele ser más costosa de aplicar (p. ej., miedo a los aviones). Con frecuencia se aplica combinada con la desensibilización en imaginación.
- b) Desensibilización emotiva: desarrollado por Lazarus y Abramovitz (1962) para aplicarlo en niños, que suelen presentar dificultades para el entrenamiento en relajación y para la evocación y control de imágenes mentales. Utiliza la imaginación de escenas que provocan sentimientos positivos que inhiben la ansiedad. Los pasos son:
 - Se construye una jerarquía de ansiedad.
 - El modificador, hablando y jugando, identifica los héroes favoritos y las emociones que provoca.
 - Se pide al niño que cierre los ojos e imagine una secuencia de su vida diaria, introduciendo una historia del héroe favorito.
 - Cuando el modificador juzga que el niño está bien centrado en la emoción positiva, introduce como forma natural el ítem más bajo de la jerarquía. Si el niño está molesto, lo indicará levantando el dedo. Si indica ansiedad, se retira el estímulo y se vuelve a generar la imagen positiva.

El procedimiento se puede aplicar en vivo, es fácil de aplicar aprovechando la capacidad imaginativa de los niños. Ha demostrado su eficacia con niños fóbicos para reducir el miedo a procedimientos médicos dolorosos.

- c) Desensibilización por contacto: dirigido principalmente para niños, combina la DS y el modelado. Se construye una jerarquía, el terapeuta ha de servir de modelo, exponiéndose a los estímulos ansiógenos, el sujeto lo hará a continuación, debe estimularle con frases motivantes, ayudarle y guiarle. El terapeuta se retira gradualmente hasta que el sujeto puede exponerse al estímulo sin su presencia.
- d) Desensibilización por medio de movimiento ocular: diseñado por Shapiro en 1987 para casos de estrés postraumático. Consiste en provocar secuencias de movimientos sacádicos de gran amplitud mientras se visualizan las escenas atemorizantes.
- e) Desensibilización enriquecida: introducir estímulos que ayuden al sujeto a imaginar las escenas de forma más vívida, como ruidos, olores o sensaciones táctiles. Se puede utilizar como medio para ayudar al sujeto a aumentar su capacidad de imaginación.
- f) Desensibilización automatizada: se utilizan cintas *cassettes*, o de vídeo. Resultados positivos y económicos. Es una variante en la que, tras un contacto inicial con el terapeuta, el cliente utiliza material instruccional, dirigiendo el tratamiento a su propio ritmo.
- g) Desensibilización automática en grupo: igual que en la desensibilización individual, pero adaptándola a un grupo. Grupos como máximo de cuatro a ocho personas, con el mismo tipo de miedo. El terapeuta dispone de un listado de situaciones relevantes, que los sujetos puntúan en ansiedad, a partir de las cuales se seleccionan o modifican los ítems. Los sujetos van generando los ítems puntuándolos en ansiedad. Se forma una lista de ítems sobre cuyo orden jerárquico estén todos de acuerdo. La progresión habrá de adaptarse a la del más lento del grupo.
- h) Desensibilización de autocontrol: está especialmente indicada en casos de miedos y trastornos fóbicos y en todos los casos que supongan estímulos condicionados en el mantenimiento del problema, como

disfunciones sexuales, parafilias, asma, insomnio, alcoholismo y adicciones.

3.4.5 Terapia Implosiva (TI)

Stampf y Levis (1967) desarrollaron una estrategia de intervención denominada implosión. La base teórica de la terapia implosiva (en adelante se mencionará como TI) es la de intentar obtener una extinción de las reacciones condicionales de ansiedad vinculadas a la situación, reacciones condicionales que constituyen la base de las respuestas de escape y de evitación del paciente. Por la repetición de esta exposición a los estímulos condicionales, éstos pierden progresivamente su capacidad para producir reacciones de ansiedad, lo que conduce, a una desaparición de las conductas de evitación (Fontaine, 1981).

Para obtener una reducción sustancial de los síntomas, puede necesitarse una exposición repetida, no sólo a los elementos del Estímulo Condicionado (se mencionará como EC) directamente relacionados con el comienzo de los síntomas, sino también a los elementos reactivados por el procedimiento de exposición y asociados con los sucesos condicionantes traumáticos. Los efectos de la extinción que ocurren en la exposición a un determinado conjunto de elementos, deberían generalizarse a otros elementos del EC que no se han expuesto, como una función de la similitud del estímulo. Éste es el proceso inverso al que tiene lugar durante la adquisición del miedo. Sin embargo, es importante que los efectos de la extinción se obtengan con aquellos elementos que tengan la mayor carga afectiva (Caballo, 1995).

El EC y la extinción emocional posterior constituyen la variable crítica para producir una eliminación de los síntomas.

Aplicaciones: desde un nivel de análisis clínico, la técnica de la TI parece ser muy eficaz en un amplio rango de trastornos psiconeuróticos, incluyendo las reacciones de ansiedad, las fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos. Las reacciones histéricas y la depresión y para eliminar síntomas psicóticos, incluyendo las reacciones afectivas, las esquizofrénicas y las paranoides. También parece ser muy efectiva para tratar con trastornos del

estrés postraumático, incluyendo los asociados con el abuso sexual y físico grave.

Procedimiento: una de las primeras tareas del terapeuta al administrar la técnica de la TI consiste en determinar qué estímulos aversivos están provocando la conducta sintomática del paciente. La evaluación representa un importante ingrediente para emplear la técnica satisfactoriamente.

Caballo (1995) propone que antes de empezar con el tratamiento formal, el terapeuta debería de integrar las hipótesis que se han desarrollado a lo largo del curso de las sesiones iniciales de evaluación. Después de la terminación de ese proceso organizativo, el terapeuta debería de ser capaz de contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es/son el/los problema (s) presente (s) (tanto los que ha identificado el paciente como los que ha descubierto el terapeuta durante el curso de las primeras sesiones de evaluación)?
- ¿Se han descartado todas las condiciones médicas que podrían explicar ese cuadro de síntomas?
- ¿Qué impacto tiene el complejo de síntomas en el funcionamiento actual?
- ¿En qué situaciones ocurren normalmente los síntomas?
- ¿Cuáles son las fuerzas instigadoras (emociones, historia pasada de aprendizaje) que provocan estos síntomas y cuál es la responsable de su mantenimiento, a pesar del malestar subjetivo experimentado por el paciente?
- ¿Cuáles son las raíces históricas que se encuentran detrás del desarrollo complejo de síntomas (por qué estos síntomas y no otro conjunto de ellos que podrían servir para el mismo propósito)?

Una vez que se han contestado estas preguntas (recordando que éstas son sólo hipótesis preliminares que el terapeuta tiene que estar dispuesto a comprobar y revisar a lo largo del curso de la terapia, conforme se dispone de nueva información), pueden llevarse a cabo entrevistas más extensas durante el progreso de la terapia, con el fin de obtener información adicional y/o se pueden desarrollar escenas de prueba para proporcionar una comprobación inicial de las hipótesis.

La preparación de la primera escena: el terapeuta debería sentarse con el paciente para repasar los hallazgos de las pruebas y el material de la entrevista, para presentar la conceptualización del terapeuta sobre los problemas del paciente y para discutir las sugerencias de tratamiento. Una vez que el terapeuta ha decidido que la TI es el tratamiento a elegir, entonces debería presentar la conceptualización de los problemas del paciente dentro del marco de la teoría de los dos factores, de modo que proporcione una suave transición hacia la descripción del proceso terapéutico.

Cuando se describe el proceso de la TI a un paciente, lo mejor generalmente, es señalar que la técnica está de acuerdo con la clase de estrategias que los individuos emplean de forma natural en sus intentos de afrontar los acontecimientos perturbadores, por ejemplo, preguntar al paciente qué es lo que se recomienda generalmente a una persona que se acaba de caer del caballo. Los pacientes son capaces, normalmente, de contestar correctamente diciendo que el jinete debería volver a montar el caballo inmediatamente. A partir de aquí el terapeuta puede extenderse sobre la importancia de afrontar los propios miedos y, por consiguiente, vencerlos, en vez de dejar que los temores controlen a la persona y le impidan hacer cosas que le gustaría o necesitaría hacer. El terapeuta puede seguir explicando que la técnica que se propone emplear ayudará al paciente a afrontar sus miedos de esa misma manera, por medio de la utilización de representaciones en vivo y/o en la imaginación.

Muchos de los temores y preocupaciones que impulsan a los individuos a buscar psicoterapia giran alrededor de situaciones que, por sí mismas no plantean una amenaza a la persona; más bien estos estímulos o situaciones provocadores de ansiedad están asociados en la cabeza de la persona, con situaciones o acontecimientos que plantearían amenazas. El exponer al paciente, por medio de la imaginación, a estímulos no peligrosos en ausencia del resultado temido, permite que se extinga el miedo a estos estímulos condicionados y libera al individuo para que lleve una vida menos limitada.

Al instruir al paciente en el procedimiento de la imaginación, se le pide que cierre los ojos y represente un papel en varias escenas que le presentará el terapeuta. Una vez que empieza la escena, se alienta decididamente al paciente para que se “deje llevar” por el papel que está representando y que

“viva” la escena con emociones y sentimientos sinceros. Se instruye para que funcione como un actor o actriz y para que se represente a sí mismo.

El entrenamiento de imágenes “neutrales”: se recomienda que el terapeuta genere, por lo menos, dos escenas para que se las imagine el paciente. La primera puede implicar algún tipo de actividad diaria, que puede ir desde andar por casa hasta comer un helado. El terapeuta debería de alentar al paciente para que se centre en los elementos visuales, gustativos y olfativos que le rodean, así como en cualquier sensación física que pueda experimentar.

Se debería generar una segunda escena que contuviese alguna fantasía, con el fin de proporcionar al paciente práctica en imaginarse escenas que no son reales. Una escena que se emplea habitualmente para este propósito consiste en que el paciente se imagine que se encuentra de pie en un campo muy extenso que está cubierto de césped, de árboles y de flores de todo tipo. Es primavera y se pueden oír sonidos a lo lejos como el trinar de los pájaros, el susurrar de las hojas y el murmullo de un riachuelo. Se puede oler el perfume de las flores, de la hierba y de los árboles, y se puede sentir la caricia del sol mientras el viento sopla suavemente en el rostro. Después de permanecer en el campo durante un rato y de centrarse en las sensaciones que se podrían experimentar, se instruye al paciente para que empiece a andar y luego a correr por el campo. Conforme está prestando atención a las sensaciones físicas que experimenta mientras corre, se da cuenta, de pronto, de que ya no está corriendo, de que sus pies han dejado de tocar el suelo y que está realmente volando sobre el campo, remontándose cada vez más alto conforme va volando. Se alienta a paciente para que describa esta sensación de volar, la sensación de ingravidez y suavidad. Después de un rato, el terapeuta lleva al paciente de nuevo a la tierra, donde sigue corriendo, luego andando y finalmente se queda quieto.

Hay una amplia variedad de estímulos que pueden resultar provocadores de emociones para pacientes determinados y esos estímulos pueden ser seleccionados inadvertidamente durante las escenas de práctica.

Presentación de las escenas con estímulos temidos: al presentar una escena determinada, la tarea del terapeuta consiste en exponer al paciente a tantos estímulos temidos como sea posible, con el fin de provocar una fuerte respuesta de ansiedad. La presentación repetida de estos estímulos conducirá

a un efecto de extinción. En general, cuanto más implicado y dramático sea el terapeuta al describir las escenas, más real será la presentación para el paciente y más fácil le será a éste participar. En cada fase del proceso, el terapeuta intenta alcanzar un elevado nivel de provocación de ansiedad. Después de alcanzar el máximo nivel de ansiedad, se mantiene al paciente en este nivel, hasta que aparezca claramente alguna señal de reducción espontánea en el valor provocado de ansiedad de los estímulos (extinción). Se repite este proceso hasta que se obtiene una mayor disminución del miedo. En este punto, se introducen nuevas variaciones para aumentar el nivel de la respuesta de ansiedad y para extinguir más del complejo EC evitado. Este procedimiento se repite hasta que se obtiene una disminución significativa de la ansiedad a la escena completa. Se le da al paciente la oportunidad de representar él mismo la escena. Se le alienta especialmente para que verbalice su propia conducta de representación del papel.

Después se presta especial atención a los posibles pensamientos o imágenes intrusos experimentados por el paciente durante la presentación de la escena. Éstos se registran para un posible uso en posteriores escenas o en la siguiente repetición. En ningún momento, se le dice al paciente que suprima los síntomas que pueda tener. La premisa básica es que, una vez que la ansiedad a los estímulos que provocan los síntomas se ha extinguido, la conducta desadaptada automáticamente disminuirá y finalmente desaparecerá.

Tareas para casa: Inicialmente, las tareas conllevan, generalmente, que el paciente practique escenas que se representaron en la sesión previa. Se recomienda que pasen entre 20 y 30 minutos cada día practicando la escena.

Las tareas para casa sirven para proporcionar pruebas adicionales de extinción y acelerar el progreso de la terapia, además anima también al paciente para que ponga el proceso terapéutico bajo su propio control. Se le debe alentar constantemente para que no se desanime, ya que lleva tiempo aprender a auto-administrarse esta técnica. Los pacientes que llegan a dominar la aplicación de la TI pueden contribuir mucho a su desarrollo personal y progreso en la terapia. Conforme aumenta su habilidad, son capaces de desarrollar sus propias escenas y proporcionar al terapeuta una mayor comprensión de sus conflictos y necesidades.

3.4.6 Modelo cognitivo de la depresión de Beck

Desarrollado por Beck a principios de la década de los 60's, el modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron. Dichos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso, la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como ella las percibe (Beck, 2000).

Su objetivo es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudando al paciente a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes. La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales. La prevención de recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia. También se le prepara para que espere fluctuaciones en sus síntomas y no se desanime por ello. Una vez superados los síntomas depresivos. Se tratarán los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras.

Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la "triada cognitiva", que es la *visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro*.

La modalidad depresiva (conjunto de esquemas relacionados con la depresión) presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre los que destaca:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación-minimización

-
- Abstracción selectiva
 - Personalización

Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la “triada cognitiva” producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se manifiestan en la depresión.

Las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas en gran medida por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

El procedimiento de la terapia cognitiva de Beck para la depresión es:

1. Establecer relación terapéutica:

- Consideración positiva incondicional, empatía y congruencia, conseguir que el paciente lo perciba así.
- Estar bien preparado en el conocimiento de la terapia.
- No mostrarse demasiado interesado, reforzante o afectado.
- Conjugar la honestidad con la diplomacia, teniendo en cuenta la propensión del paciente a hacer interpretaciones negativas.
- Destacar y mantener en todo momento una actitud de trabajo en equipo.
- Hacer resúmenes de lo que él ha dicho y pedirle que él los haga.
- Destacar siempre el trabajo en equipo.
- Hacer preguntas: por ejemplo, ¿es esto lo que quiere decir?, ¿puede resumir lo que he dicho?, etc.
- Acostumbrarlo a que haga preguntas a sí mismo como hipótesis a comprobar (procesamiento de la información controlado para contrarrestar la influencia del procesamiento automático derivado de la modalidad depresiva).
- Posibilitar una toma de decisiones presentando diferentes alternativas para solucionar un problema.
- Animarlo a examinar las consecuencias de su conducta contraproducente, preguntándole por ejemplo, ¿qué consigue quedándose en la cama?
- Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa: ¿qué puede perder?, ¿qué ventajas obtendría si...? ¿Cuáles son los inconvenientes...?

-
- Elicitar cogniciones relacionadas con emociones o conductas inadecuadas.
 - Determinar el significado que atribuye a un suceso.
 - Inducirlo a examinar los criterios que definen su autoestima negativa (p. ej., "soy un inútil") preguntándole: ¿cómo definiría la inutilidad?, ¿en qué se basaría para considerar a alguien un inútil?, ¿puede hacer una lista de criterios?
 - Demostrar la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias (p. ej., "no tengo autocontrol") preguntándole: ¿en qué se basa para decir eso? ¿lo hace todos los días? ¿ha hecho algo positivo en relación a eso? ¿qué porcentaje de veces falló?, etc.
 - Destacar la tendencia del paciente a negar o quitar importancia, indiscriminadamente, a las experiencias positivas, preguntándole: ¿no es cierto qué?, ¿por qué dice esto?, etc.
 - Hacer preguntas en vez de discutir o sermonear.
 - Ayudarle a que exprese lo que él piensa, no decirle lo que el terapeuta cree que piensa.

2. Comprender las quejas del paciente y transformarlas en síntomas-objetivo (evaluación): se debe escuchar al paciente empáticamente para comprender su "paradigma personal", su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que sólo así se sentirá comprendido y motivado para decidirse a ponerlo a prueba. Al principio, el paciente puede expresar sus quejas en forma confusa, por lo que es importante ayudarlo a clarificarlas y mostrarle cómo se relacionan con su depresión. Para completar la evaluación, se indaga cuáles son los síntomas particulares que le aquejan y su grado de intensidad en orden a planificar la terapia.

3. Explicarle el modelo cognitivo de la depresión y demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones: para ello se describe la relación entre pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos y fáciles de entender que sean experimentados por el paciente. A continuación se le pone una tarea para casa que sea también fácil de hacer para que la pueda interpretar como un éxito.

Indagar y concretar la historia del sujeto, anterior a la depresión (antecedentes). Teniendo en cuenta:

- Factores predisposicionales: genéticos, biológicos, traumas infantiles y esquemas disfuncionales.
- Factores desencadenantes: eventos (p. ej., pérdida de un ser querido).

4. Aplicar técnicas conductuales: básicamente se utilizan para cambiar cogniciones: probar la validez de las ideas (hipótesis) del paciente acerca de sí mismo, comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo, fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente superando así el pensamiento dicotómico (todo o nada). Así se da cuenta de que puede experimentar, al menos cierto grado de placer.

Los tipos de técnicas son:

- Lista de actividades potencialmente agradables: se pueden incluir las que le gustaban antes.
- Lista de actividades de dominio: cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no puede hacer por encontrarse deprimido.
- Programa semanal de actividades, incluyendo actividades de las listas señaladas (1 y 2), evaluándolas entre 0 y 5 en "dominio" o "agrado".
- Asignación de tareas graduales: dividiendo una tarea compleja (que él considera imposible de llevar a cabo) en pequeños pasos, practicando los primeros pasos en la consulta (si es posible), o ayudándose con práctica en la imaginación (el paciente visualiza la realización de la tarea y la describe verbalmente, y cuando surge algún problema u olvida algún paso, el terapeuta le ayuda mediante preguntas como ¿Qué puedes hacer para?). A veces ayuda, practicar la tarea previamente, mediante juego de roles.
- Práctica cognitiva: pedir al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Esto le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso. También ayuda a identificar posibles

"obstáculos" (cognitivos, conductuales o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea. El terapeuta identificará y desarrollará soluciones para esos problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no-deseada.

5. Aplicar Técnicas Cognitivas: son una serie de procedimientos para identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo:

- Detectar pensamientos automáticos (PA.), comprobar cómo los PA influyen en las emociones: ponerle ejemplos ajenos y propios, entrenamiento en observación y registro de cogniciones, mediante:
 - Análisis de autorregistros.
 - Imágenes inducidas (sólo en depresiones moderadas).
 - Preguntas acerca de qué pensaba al venir o qué piensa cuando observamos un cambio emocional.
- Registrar pensamientos automáticos (registro diario de pensamientos).
 - Lo más pronto posible (o a una hora fija).
 - En los periodos más difíciles.
 - En los lugares más difíciles.
- Clasificar las cogniciones en función de sus:
 - Contenidos o temas (visión negativa de sí mismo del mundo y del futuro).
 - Distorsiones: sobregeneralización o pensamiento dicotómico.
- Someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad:
 - Evaluarlas preguntándoles por datos reales.
 - Examinar su validez o su tipo de distorsión.
 - Buscar evidencias a favor y en contra.
- Técnicas de re-atribución (interna, estable y global para lo negativo):
 - Fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias.
 - Revisar y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos.
- Búsqueda de interpretaciones alternativas: buscar todas las alternativas posibles, igual que en la solución de problemas. Introducir en los autorregistros el apartado "interpretaciones alternativas".

3.4.7 Inoculación al Estrés (IE)

En 1972 Meichenbaum difundió un tipo de entrenamiento al que denominó Inoculación al Estrés (en adelante IE): técnica para el control de la ansiedad, a través de un entrenamiento en habilidades. Meichenbaum intenta justificar la utilidad de IE en base a modelos explicativos de las características de afrontamiento del estrés. Se centró en 2 modelos principalmente:

1. Modelo de Murphy de afrontamiento: se trata de un modelo de pasos para explicar las reacciones de los niños ante posible situaciones amenazantes. Aquí mismo identificó 3 momentos distintos y consecutivos:
 - Preparación para el afrontamiento.
 - Afrontamiento en sí mismo.
 - Esfuerzos secundarios de afrontamiento necesarios para tratar con las consecuencias de los dos primeros.

Este modelo considera que las posibilidades del afrontamiento son múltiples y muy diversas: reducción de la amenaza, intento de contener la tensión a través de un *insigth*, la distracción y la evitación, etc. Además sirvió a Meichenbaum para justificar las fases de IE.

2. Modelo de Lazarus y Folkman de afrontamiento del estrés: Se conceptualiza el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Dos procesos como mediadores de la interacción constante individuo-ambiente:

- Proceso de evaluación cognitiva.
- Proceso de afrontamiento.

La evaluación se realiza en 2 fases:

Primaria: Proceso de evaluación de la situación. Si el resultado se conceptualiza como daño, amenaza o desafío, la situación se catalogará como estresante.

Secundaria: Se analizan las posibilidades del sujeto, las habilidades personales de afrontamiento.

El marco de referencia de Meichenbaum ha estado más centrado en los modelos de afrontamiento que en los de estrés.

- Procedimiento: se trata de dotar a los clientes con diversas estrategias y habilidades que les permitan hacer frente a las situaciones futuras que supongan estrés. Se lleva a cabo en 3 fases:
 1. Fase educativa o de conceptualización: proporciona al sujeto un marco conceptual que le permita comprender cómo puede afectarle el estrés y cómo puede hacerle frente, utilizando estrategias comportamentales y cognitivas.
 2. Fase de ensayo y de adquisición de habilidades: se enseña y entrena al sujeto en la utilización de las habilidades y estrategias de afrontamiento presentadas anteriormente.
 3. Fase de aplicación y consolidación: se da al sujeto la oportunidad de poner en práctica, en situaciones reales de estrés, las habilidades entrenadas.

Dada la enorme difusión de IE y su generalización a diversos ámbitos, resulta imposible identificar una estrategia básica de entrenamiento. Se trata más bien de un número amplio de intervenciones diversas que diferencian las 3 fases propuestas.

1. Fase de conceptualización.

Objetivos principales de ésta fase:

- Preparar al sujeto para la intervención: explicar y clarificar al máximo el porqué de la intervención. Responder a todas las preguntas que pudieran plantearse.
- Establecimiento de la relación terapeuta-cliente: esta fase va a ser el primer contacto personal con los clientes. Aprovechar para iniciar y situar adecuadamente las relaciones terapeuta-cliente que no difieren de las establecidas en cualquier otro tipo de intervención conductual.
- Corregir las falsas atribuciones y creencias relativas al problema.

-
- Asegurarse de la comprensión por parte del sujeto del funcionamiento humano en las situaciones de estrés y de las relaciones de éste con la salud y con la actividad.

Meichenbaum indica que es más importante la validez aparente del modelo explicativo ofrecido que la validez científica. Hacer hincapié en los aspectos aprendidos del comportamiento, en la continua interacción sujeto-ambiente y en la importancia de los pequeños problemas cotidianos frente a los grandes problemas de estrés. El objetivo en ésta sesión sería que el sujeto comience a autoobservarse y aprendieran a identificar problemas.

2. Fase de adquisición de habilidades:

El siguiente paso es el de comenzar el tratamiento que les va a permitir superar gran parte de sus problemas, es decir, enseñar las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés que se han elegido como las más útiles para el caso particular.

El objetivo fundamental: asegurar que el cliente desarrolle la capacidad (habilidad) de ejecutar efectivamente las respuestas de afrontamiento elegidas.

¿Cómo entrenar cada una de las técnicas elegidas?, resulta ideático que cualquier otro programa de en el que se incluyan esas técnicas (el entrenamiento en relajación se realiza igual en DS que el IE). Las diversas estrategias se irán poniendo en marcha según el plan de intervención, pero se pueden realizar cambios en función del desarrollo del programa.

3. Fase de aplicación y consolidación: antes de enfrentar a los sujetos a situaciones estresantes, conviene que consigan una mejor coordinación y una mayor habilidad de afrontamiento; Para ello, hay que enseñarles a formular planes de actuación en las distintas situaciones problemáticas.

Meichenbaum propone en el entrenamiento en autoinstrucciones:

- Preparación para una situación estresante.
- Afrontamiento de esa situación.
- Prevención de crisis durante el afrontamiento.
- Recompensa posterior por la ejecución correcta.

-
- Afrontamiento de fracasos o recaídas.

Cuando los sujetos son capaces de elaborar por sí mismos éste tipo de planes en 5 etapas, se pasará a su puesta en práctica en situaciones estresoras. Puede utilizarse un acercamiento progresivo.

Hay cuatro formas de exposición a situaciones estresoras:

1. Utilización de modelos: se puede utilizar al propio terapeuta, acudir a lecturas, historias o vídeos, o utilizar como modelos clientes de intervenciones anteriores o miembros del grupo actual que pongan en marcha las habilidades requeridas con mayor efectividad que el resto del grupo.
2. Ensayo imaginado: implica el que los sujetos imaginen toda una situación problemática y las habilidades de afrontamiento durante la misma. Se trata de una oportunidad para repetir interiormente todo el plan de afrontamiento. Conviene asegurarse de que los sujetos son capaces de imaginar éste tipo de ensayos, antes de pedirles una ejecución real.
3. Juego de roles: indicado para iniciar los primeros ensayos de afrontamiento de situaciones problemáticas. Todos los miembros del grupo se benefician, ya que, unos practican directamente sus habilidades, mientras que otros observan modelos adecuados, y pueden emitir opiniones o sugerencias, que sirven de *feedback* a los primeros.
4. Exposición en vivo: exposición a situaciones reales. Necesidad de mantener una graduación de las situaciones, siempre que sea posible.

Valoración de la intervención y seguimiento:

1. Evaluación postratamiento: valoración de la habilidad real del sujeto para afrontar situaciones potencialmente estresantes en su vida cotidiana. Esta primera valoración es difícil que pueda incluir efectos de generalización y de cambios en la calidad de la vida del sujeto. Puede llevarse a cabo utilizando técnicas de autoobservación; breves entrevistas, coloquios en grupos, y cuestionarios. Sería muy útil contar con registros de observación en situaciones reales.

2. Seguimiento: entre 3-6 meses después de finalizado el tratamiento. Incluye los mismos aspectos que la evaluación postratamiento, pero debe añadir algún elemento de valoración de los cambios ocurridos en las variables más generales. Puede realizarse a través de una breve conversación telefónica, con el sujeto o con algún familiar cercano, o puede enviarse un formulario por correo. Es conveniente planificar desde el principio una última sesión de seguimiento, en la cual se puedan comentar personalmente éstos aspectos, realizarse un nuevo entrenamiento de las habilidades menos automatizadas, para su sobre-aprendizaje y a su utilización cotidiana.

IE en víctimas de acontecimientos vitales muy estresantes (y desencadenar TEPT), el programa propone una intervención a nivel social, familiar e individual.

Schwarz y Prout (1991), revisan algunos trabajos publicados en tratamiento de TEPT y concluyen que éstos siguen dos normas:

1. Debe comenzar poco tiempo después del trauma.
2. Debe ser relativamente corto y focalizada.

5 líneas generales contempladas:

1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento adaptativas.
2. Normalización de lo anormal (reinterpretación de la situación traumática).
3. Reducción de las conductas de evitación.
4. Alteración de las atribuciones conductuales y caracterológicas relacionadas con la situación.
5. Facilitación de la integración de la persona a la vida normal.

Meichenbaum (1972) ofrece líneas generales que debe adoptar cualquier terapeuta que se enfrente a un caso de TEPT:

- Determinar si efectivamente la intervención es necesaria.
- Determinar el momento de comienzo del tratamiento (a veces, los pacientes necesitan descargar sus emociones antes).
- Permitir la expresión de las reacciones emocionales de los pacientes.
- Establecer con los pacientes una relación que les proporcione seguridad.

-
- Ayudar al paciente a redefinir sus reacciones así como su propio papel de víctima.
 - Vigilar la información normativa que se da a los pacientes.
 - Ser conscientes de otras reacciones conductuales y caracterológicas de los pacientes (auto-inculpamiento).

En el plano preventivo, asegurarse de que las expectativas de sus pacientes sean realistas. Se recomienda que el tratamiento se complemente con intervenciones a nivel familiar (a ser posible comunitario), que faciliten el proceso de recuperación y readaptación de éstos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación:

¿Qué técnicas de la terapia Cognitivo-Conductual son útiles para el tratamiento de las víctimas de secuestro?

Objetivos:

- Objetivo general: analizar la utilidad de las técnicas de la terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento de víctimas de secuestro.

- Objetivos específicos:
 - Indagar sobre la sintomatología a nivel psicológico que presentan las víctimas de secuestro.
 - Constatar si las víctimas de secuestro presentan el trastorno de estrés postraumático.
 - Conocer las diversas técnicas cognitivo conductuales que se usan para el estrés postraumático.
 - Analizar las técnicas cognitivo conductuales que podrían servir para tratar a las víctimas de secuestro.

MÉTODO:

Categorías de análisis:

- Secuestro: es privar de la libertad a una persona con el propósito de obtener un rescate, algún beneficio económico, y/o causar daño o perjuicio a la persona privada de la libertad (Basares y Gómez, 2003).
- Trastorno de Estrés postraumático: es un padecimiento que describe una serie de síntomas que presentan las víctimas de un evento traumático. Estos síntomas afectan severamente a la persona, e inciden negativamente en el funcionamiento social, familiar y laboral. Las manifestaciones de los síntomas describen tres amplias categorías que abarcan recuerdos invasivos de la situación traumática, síntomas de evitación y falta de respuesta emocional e hiperactivación fisiológica (Orengo, Rodríguez, Lahera, Ramírez, 2006).
- Terapia Cognitivo- Conductual: modelo de tratamiento psicológico que se concentra en los problemas actuales del paciente. Reúne las dimensiones cognitivo y conductual para la resolución del conflicto. En los fundamentos de esta terapia, los pensamientos producen emociones y éstas determinan conductas, las conductas a su vez, refuerzan los pensamientos que, en último lugar mantienen homeostasis con el entorno. Se apoya durante el tratamiento en las siguientes técnicas (Semerari, 2002):
 - Terapia Racional-Emotiva: es un modelo terapéutico que tiene como premisa que gran parte, sino todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias influyen en pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta. La terapia racional-emotiva enseña a los pacientes a discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva a resultados “buenos” o positivos, y descartar aquéllos que conducen a consecuencias “malas” o negativas (Ellis, 1993).

-
- Entrenamiento en Solución de Problemas: técnica que pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la resolución de problemas, con esta técnica no se eliminan los problemas, sino que el terapeuta proporciona métodos para que el cliente analice y evalúe posibles opiniones, ofrece un modo de enfocar el mundo que excluya la ansiedad y el estrés innecesarios. Sus objetivos específicos abarcan, ayudar a las personas a reconocer un problema en el momento en que comienza a presentarse, inhibir la tendencia a responder a una situación problema de forma impulsiva, facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta más adecuada al problema presentado (Méndez y Olivares, 2001).
 - Autocontrol: la característica esencial de esta técnica radica en que es la propia persona el agente de su cambio de conducta, se sostiene que la decisión de controlar la conducta de uno mismo suele verse reforzada o estimulada externamente (por factores tales como el aplauso social y recompensas de carácter financiero o físico) (Thoresen y Mahoney, 1981).
 - Desensibilización Sistemática: es un procedimiento terapéutico a través del cual se pretenden disminuir o eliminar la conducta de miedo y los síndromes de evitación. La característica distintiva de esta técnica es que mediante imagineria se van presentando los estímulos de manera progresiva (que provoquen de menor a mayor ansiedad) (Olivares y Méndez, 2001).
 - Terapia Implosiva: es otra técnica de modificación de la conducta en donde el terapeuta somete al sujeto directamente al estímulo condicionado que produce un nivel muy elevado de ansiedad (es decir, le presenta la situación ansiógena) ya sea por medio de la imaginación o *in vivo*, para que lo afronte sin posible escape (Caballo, 1995).
 - Modelo cognitivo de la depresión de Beck: es un modelo terapéutico que tiene como base teórica la terapia cognitiva, es decir, se enfoca a las cogniciones o pensamientos negativos a cerca del mismo individuo de su futuro y del mundo en general (triada cognitiva). A su

vez, este modelo utiliza otras técnicas cognitivas y conductuales durante su aplicación (Beck, 2000).

- Inoculación al estrés: técnica para el control de la ansiedad, a través de un entrenamiento en habilidades, con las cuales se enseña al paciente cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva, de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión (<http://ugt-aena.galeon.com/cognitivas.html>).

Técnica de análisis:

En primer lugar se realizó una recopilación de información de diversas fuentes de información, principalmente bibliográfica y hemerográfica, pero también se recurrió a la consulta de páginas de internet; se identificó y seleccionó la información más útil en función de la relevancia de los temas para lograr los objetivos del trabajo, también se consideró la antigüedad de cada publicación. Posteriormente los temas clasificaron de acuerdo a las categorías de análisis, mismas que se analizaron para encontrar la relación entre sí. Se identificaron los síntomas que presentan las víctimas de secuestro para posteriormente analizar e identificar las técnicas cognitivo conductuales que son eficaces para tratar dicha sintomatología. Partiendo de los resultados se hizo una propuesta de intervención para TEPT en víctimas de secuestro.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación se dividieron en cinco partes, en función de los objetivos planteados se describirán a continuación:

- I. De acuerdo con Rodríguez (2003) y Meluk (1998), las consecuencias psicológicas para las víctimas de secuestro dependerán de diversos factores que acompañan la particularidad de cada caso, por lo que es necesario considerar:
 - El tipo de secuestro.
 - Los autores del delito.
 - Tiempo de cautiverio.
 - Condiciones alimenticias y sanitarias.
 - Agresiones físicas y verbales.
 - Recursos psicológicos previos al cautiverio:
 - Recursos intelectuales.
 - Valores.
 - Creencias.
 - Estrategias para resolver conflictos.
 - Autoestima.
 - Proyecciones hacía el futuro, entre otros.
 - Sexo y edad.
 - La presencia de experiencias traumáticas.
 - El lugar y el rol que ocupa la víctima dentro del núcleo familiar.
 - Circunstancias en las que se encuentra tanto la persona como la familia antes del secuestro.
 - Las redes de apoyo afectivo y social con que cuenta el individuo y la familia.

- II. Las consecuencias se ven reflejadas principalmente en un cuadro de Estrés postraumático, donde la sintomatología considerando el DSM-IV, es la siguiente:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:

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.

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.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
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).
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.

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).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (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.

III. Se encontró también que además de los síntomas característicos de un Trastorno de Estrés Postraumático, las víctimas de secuestro pueden presentar las siguientes alteraciones previamente o de forma adyacente al TEPT:

- Trastorno de Estrés agudo.
- Trastorno depresivo.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Inicio o incremento en el consumo de alcohol u otras sustancias.
- Sentimientos de despersonalización.
- Desorientación temporo-espacial.
- Somatizaciones: sensaciones de mareo, los dolores en el pecho.
- Síndrome del sobreviviente: cefaleas frecuentes, pesadillas recurrentes y estados de tristeza más o menos periódicos.

-
- Síntomas de regresión y dependencia.
 - Disminución de la seguridad y confianza en sí mismo.

IV. Se consideró adecuado para este tipo de problemáticas, un tratamiento con enfoque Cognitivo-Conductual, ya que con base en la literatura se observa que por sus características es posible tratar a las víctimas de secuestro, esto lo respaldan los estudios para el tratamiento del TEPT, mismos que se han llevado a cabo en el contexto de la terapia Cognitivo-Conductual (Baguena 2001).

Éste enfoque permitirá delimitar el caso y hacer un programa de intervención para cada víctima, no es posible realizar un programa que se generalice para todas las víctimas de secuestro, pero si un programa que sea flexible para que se ajuste a cada caso particular, ya que la afectación psicológica o daño dependerá de los múltiples factores que influyen en un secuestro. Antes de estructurar un programa de intervención particular, se hace una evaluación detallada, en donde es posible valorar la afectación o daño psicológico por secuestro en diferentes áreas de la víctima. Lazaruz (1980) incluye en su terapia multimodal, las áreas cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual, que permiten realizar una evaluación integral.

Como herramientas de la evaluación, la terapia se apoya en las entrevistas, observación, pruebas psicológicas, autorregistros y autoinformes necesarios, que permitirán al psicólogo conocer la sintomatología de la víctima. La entrevista y observación, al inicio de la evaluación podrán determinar los siguientes instrumentos de evaluación. Una entrevista no es suficiente para indagar sobre información que en ocasiones los pacientes no reportan, debido a que una característica de quienes sufren TEPT es la evitación de recuerdos, estímulos o situaciones asociados al evento, y en ocasiones no es posible que hablen de esa experiencia durante la entrevista, es por ello que el psicólogo se apoya en las demás herramientas de evaluación que le permitirán conocer más información, y posteriormente se fijan las metas y objetivos de la terapia.

De esta manera será posible estructurar un programa de intervención para la víctima. Sin embargo, el tratamiento Cognitivo-Conductual no es rígido en cuanto a tener que seguir cada una de las sesiones que se programaron, es flexible, esto permitirá que se pueda modificar en caso necesario, la estructura y los temas a tratar en las sesiones, ya que las víctimas de secuestro y en general los pacientes con TEPT suelen evitar los estímulos, situaciones o recuerdos asociados al evento, y posiblemente no sean capaces de trabajar en determinado momento de la terapia los síntomas de evitación. Esta es otra de las razones por las que se consideró adecuado un tratamiento Cognitivo-Conductual para las víctimas de secuestro, pues ante esta situación la terapia enfatiza la colaboración y la participación activa: se alienta al paciente a considerar la terapia como un trabajo en equipo, deciden juntos cosas como los temas a trabajar en cada sesión, la frecuencia de los encuentros y las tareas que el paciente debe realizar entre sesión y sesión.

También se consideró el enfoque Cognitivo-Conductual para el tratamiento en las víctimas de secuestro, porque se realizan una pre-evaluación, inter-evaluación y post-evaluación, para conocer los avances de la terapia con las víctimas, y de ser necesario modificar el programa de tal forma que refleje una mejora en los resultados de la intervención.

Actualmente las víctimas de secuestro no pertenecen a un nivel socio económico, cultural o intelectual determinado, como sucedía anteriormente, por lo que cualquier persona que haya sido víctima de secuestro, sin importar estos factores, podrá trabajar en una terapia Cognitivo-Conductual.

Esta terapia es educativa (Beck, 2000), enseña al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. Es importante porque el paciente aprenderá mediante técnicas conductuales y cognitivas a enfrentar por sí solo de manera adecuada y a no evitar ciertas situaciones o estímulos que hagan que reexperimente el secuestro.

Es importante el tiempo en que se trabaja la terapia cognitivo-conductual (15 a 20 sesiones), ya que permitirá obtener resultados a corto plazo y de esta manera evitar el abandono de los pacientes a la terapia. El

periodo de tiempo de las terapias con las víctimas de secuestro debe de ser breve, porque uno de los objetivos primordiales es la disminución de la activación psicofisiológica, entre estos síntomas se encuentran: dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse e hipervigilancia. Por lo tanto estos síntomas se tendrían que trabajar en un periodo de tiempo corto. Y posteriormente continuar con los síntomas que le afecten en menor grado.

A continuación se mencionaran algunas técnicas de intervención Cognitivo-Conductual que podrían formar parte de un tratamiento para las víctimas y que además están enfocadas a trabajar con problemáticas que podrían presentar estos pacientes:

- **Terapia Racional Emotiva:** se utiliza en casos de depresión, trastornos de ansiedad (el TEPT es un trastorno de ansiedad), trastornos de personalidad, problemas de pareja y familiares, conducta suicida, disfunciones sexuales, impulsividad, agresividad y toxicomanías. Útil para trabajar con las víctimas, sus pensamientos y emociones que les provocan conductas de reexperimentación del suceso, así como la evitación de estímulos que asocia con el evento.
- **Entrenamiento en Solución de Problemas:** es utilizada en esquizofrenia, problemas de pareja y familiares, delincuencia, obesidad, hipertensión, ansiedad, estrés y adicciones. Sería útil en las víctimas de secuestro que inician el consumo de alcohol u otras sustancias.
- **Autocontrol:** principalmente se utiliza en problemas de alimentación, ansiedad, ludopatía, tabaquismo y adicciones, hipertensión arterial, diabetes. En el caso de las víctimas sería útil cuando ésta, se encuentra ante estímulos que le recuerdan el evento traumático, generándole temor o evitación.
- **Terapia Implosiva:** básicamente ha sido utilizada para las reacciones de ansiedad, las fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos, la depresión y para eliminar síntomas psicóticos, incluyendo las reacciones afectivas, esquizofrénicas y paranoides.

También parece ser muy efectiva para tratar con TEPT, incluyendo por abuso sexual y físico grave (en un secuestro especialmente el daño físico es común). Es recomendable que sea aplicada después de un entrenamiento del paciente pues se trabaja con estímulos aversivos para él.

- Modelo cognitivo de la depresión de Beck, dirigido a los síntomas depresivos de las víctimas, pues se pueden presentar de forma conjunta al TEPT. También para quienes presentan síntomas del “Síndrome del sobreviviente”. De acuerdo con Perello, Martínez y Llorens (2001) los tratamientos que han demostrado tener mayor eficacia para tratar este problema son las terapias cognitivo-conductuales, entre éstas el Modelo cognitivo de la depresión de Beck.
- Inoculación al estrés: técnica para el control de la ansiedad en diferentes situaciones estresantes, hay que considerar que la sintomatología de TEPT esta dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad. Se le enseñaría al paciente cómo afrontar y relajarse ante estímulos o situaciones que le recuerden la experiencia del secuestro vivido.

V. Existen técnicas de la terapia cognitivo-conductual que se utilizan y son eficaces para el tratamiento de TEPT. De acuerdo a la evidencia empírica de diversos estudios que se mencionarán a continuación:

Baguena (2001) realizó un estudio sobre los tratamientos psicológicos eficaces para el TEPT, con el cual se justifican tres acercamientos principales a este tratamiento que se asientan en los principios conductuales y cognitivos, así como en su aplicación en la investigación sobre el estrés, dichos tratamientos deberán estar basados en: 1) las técnicas de exposición (en imaginación o en vivo), 2) reestructuración cognitiva, y 3) técnicas para el manejo de ansiedad (propone inoculación al estrés).

- 1) El uso de técnicas de exposición (en imaginación o en vivo), con el objeto de evocar la ansiedad y promover la habituación a los

estímulos temidos, aunque para la utilización de ésta técnica hay que considerar que al activar los recuerdos traumáticos y conducir a la ansiedad es probable que se genere un estado emocional que sea difícil de manejar por el individuo (Jaycox y Foa, 1996) (citado en Baguena, 2001), de igual manera los resultados de la exposición pueden ser negativos si conjuntamente con el TEPT existe abuso de alcohol u otras sustancias (por lo que se recomienda la sobriedad prolongada antes del uso de esta técnica), o la existencia de trastornos previos al TEPT y que la exposición pueda llegar a exacerbarlos. Uno de los estudios que ha demostrado la efectividad del tratamiento de TEPT a través de la exposición y el procesamiento emocional del trauma, y que además confronta el cuestionamiento respecto a la exacerbación de los síntomas con la exposición prolongada, es el realizado por Foa, Zoellner, Feeny, Hembree y Álvarez (2002), quienes investigaron la exacerbación de síntomas en 76 mujeres con TEPT crónico, sólo una minoría de participantes mostró una exacerbación de síntomas significativa, aunque fue temporal ya que posteriormente tuvieron un comprobado beneficio del tratamiento.

Otro de los estudios que han demostrado la efectividad del tratamiento del estrés postraumático a través de la exposición y el procesamiento emocional del trauma son los que realizaron Litz, Orsillo, Kaloupek, Weathers y Frank (2000), quienes estudiaron las respuestas emocionales condicionadas y comprobaron que casi cualquier estímulo podría elicitar las respuestas sintomáticas de TEPT, por lo que es necesaria la exposición prolongada como método de extinción que facilita el procesamiento emocional del trauma.

Entre las distintas técnicas de exposición, se encuentran la desensibilización sistemática (DS), aunque pionera entre todas ellas, se ha utilizado poco y con muy escaso control en el tratamiento del TEPT (Baguena, 2001). Brom, Kleber y Defares (1989) compararon la eficacia de la DS, la hipnoterapia y la terapia psicodinámica breve, con un grupo de control en lista de espera compuesto por sobrevivientes de trauma; después de un promedio de 15 sesiones,

los individuos en los tres grupos de tratamiento mejoraron más que el grupo de control. Sin embargo el grupo de DS mostró una mejora superior en comparación con los otros tratamientos.

Por otro lado Richards, Lovell y Marks (1994) compararon la eficacia del uso de la Exposición Prolongada en la imaginación y en vivo en un diseño cruzado en el que pacientes víctimas de traumas diversos eran asignadas al azar a 4 sesiones de exposición en imaginación seguidas de 4 sesiones de exposición en vivo, o a la inversa. Ambos grupos mejoraron considerablemente en su sintomatología, encontrándose como única diferencia entre ambos el que la exposición en vivo influía más en la evitación, independientemente del orden en el que fuese aplicada.

- 2) La reestructuración cognitiva, con el fin de modificar los supuestos, creencias y pensamientos desadaptativos. Aunque se ha subrayado la importancia de los aspectos cognitivos en la respuesta al trauma, la investigación relativa a la aplicación de la reestructuración cognitiva para el TEPT es escasa, esto se debe a que las teorías del procesamiento de la información parten de que la exposición prolongada posibilita la reestructuración cognitiva, ya que durante la exposición la persona aprende que las creencias fundadas en el miedo no poseen una base real. Foa, Feeny, Zoellner, Fitzgibbons y Hembree (1998) concluyen que la combinación de exposición prolongada y reestructuración cognitiva proporciona mayores ganancias terapéuticas que la aplicación de una sola de estas técnicas a la vez.
- 3) Técnicas de manejo de ansiedad, se encontró básicamente la técnica de inoculación al estrés, cuyo objetivo es enseñar a los individuos habilidades de afrontamiento para manejar la ansiedad y otros síntomas. Por ejemplo, se considera que las personas que muestran una tensión física y malestar subjetivo extremos debido a la reexperimentación de los recuerdos traumáticos, resulta útil emplear previamente el componente de relajación muscular, mientras que con aquellas que no llegan a tales extremos se puede trabajar con otras habilidades de afrontamiento que no incluyan necesariamente la

relajación muscular. Aunque paquetes concretos de entrenamiento en inoculación al estrés no han probado una eficacia superior en relación a la exposición prolongada o reestructuración cognitiva (Baguena, 2001).

En otro estudio, Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows y Street (1999) compararon la efectividad de tres tipos de tratamientos con 96 sujetos con estrés postraumático crónico, asignándolos aleatoriamente a cuatro grupos (condiciones de intervención): exposición prolongada (EP), entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), tratamiento combinado (EIE + EP) y grupo control en lista de espera. Los tres tratamientos redujeron la severidad del estrés postraumático y la depresión en comparación con el grupo de lista de espera, pero no difirieron de manera significativa entre ellos y sus resultados se mantuvieron a través del periodo de seguimiento.

Otra investigación realizada por Botero (2005) en la cual se realizó una intervención para personas con TEPT, utilizando procedimientos de exposición prolongada, inoculación de estrés, sesiones de relajación, manejo de la ira, reestructuración cognitiva, solución de problemas y planeación de metas; se encontró que la sintomatología total disminuyó en la mayoría de sujetos participantes a lo largo del proceso, además en la escala de Depresión de Beck se presentó una disminución de sintomatología y en la mayoría de los participantes el puntaje al final del proceso no fue clínicamente significativo. Según dicha investigación los cambios más evidentes se observaron en las áreas de reexperimentación y evitación.

Existen otros estudios en donde se consideran otras técnicas cognitivo-conductuales, por ejemplo el realizado por, Novaco y Chemtob (1998), quienes propusieron un tratamiento dirigido a la reducción de la ira, en el que incluyen una intervención basada en la psicoeducación sobre la naturaleza de la ira, el automonitoreo, técnicas de entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en afrontamiento conductual.

En una investigación realizada por Sijbrandij, Olf, Carlier, Vries y Gersons (2007), para probar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual breve en pacientes con TEPT agudo por varios tipos de trauma psicológico, se concluye que la terapia aceleró la recuperación de los síntomas de TEPT agudo, sin embargo no influyó en los resultados a largo plazo. Esta investigación sugiere que para una mayor eficacia de la intervención tanto a corto como a largo plazo, es necesario dar un seguimiento en el caso de una intervención breve. De acuerdo con Bisson y Andrew (2005) las terapias psicológicas para tratar el TEPT son más eficaces cuando se centran en el trauma que cuando no.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TEPT POR SECUESTRO

Es un programa que debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente.

- I. Recomendaciones previas al tratamiento de las víctimas: es necesario tener un marco de seguridad y exención de riesgos, es decir, que se hayan tomado las medidas familiares, sociales y/o judiciales precisas y necesarias para resguardar la seguridad de la víctima; la voluntad de tomar tratamiento es otra recomendación previa, hay víctimas que no desean recordar el secuestro o compartir su dolor con personas desconocidas (psicólogos, médicos, personal sanitario, etc.) (Echeburúa y Corral 2007).

- II. Evaluación (Echeburúa, 2005) (ver anexos):
 - Pre-tratamiento: La escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático (*EGS*) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarausa, 1997); Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (*STAI*) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); Inventario de Depresión (*BDI*) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979); Escala de inadaptación (*EI*) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000); Test de autoestima de Rosemberg (1987).
 - Intra-tratamiento: Escala de Cambio Percibido (Echeburúa y Corral, 1988); Escala de inadaptación (*EI*) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).
 - Post-tratamiento: Los mismos instrumentos utilizados en el pre e intra-tratamiento.
 - Evaluaciones de seguimiento de 1, 3, 6, y 12 meses posteriores al término del tratamiento: Los mismos instrumentos utilizados en el pre-tratamiento.

III. Objetivos:

- Objetivo general:
 - Readaptación a la vida cotidiana en las áreas: social, ocupacional y/o escolar, familiar y personal.
- Objetivos fundamentales:
 - Disminuir la activación fisiológica de la ansiedad y síntomas como insomnio, pesadillas o humor depresivo. Se recomienda que sea este un objetivo prioritario, pues ayudará a mejorar la adherencia al tratamiento.
 - Abordar el núcleo del trauma (re experimentación del secuestro, conductas de evitación y conductas de sobresalto), Identificar estímulos externos, situaciones o fechas concretas donde la sintomatología pueda intensificarse.
 - Modificar los pensamientos y creencias distorsionadas, relacionadas con el sujeto, el mundo o su futuro.
 - Regular las emociones, mejorar la autoestima, recuperar la confianza en las demás personas y restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo.

IV. Estructura de las sesiones: duración: 13 sesiones, más las de seguimiento de una hora cada una (en las sesiones donde se hace evaluación pueden durar de 15 a 30 minutos más). El report es fundamental en cada sesión, principalmente la sesión 1.

SESION 1.

- Entrevista inicial/datos generales (ficha de identificación).
- Explicación de la Terapia C-C: mencionándole en qué consiste, objetivo, la forma del trabajo, tareas, duración del tratamiento, etc. También se le habla de la importancia de su compromiso y la responsabilidad de su propio cambio.
- Explicación de la sintomatología que presentan las víctimas de secuestro y que en la mayoría de los casos la sintomatología se refleja en un

TEPT: la información sobre el proceso de este trastorno y/u otras reacciones psicológicas después de un evento traumático como el secuestro, es crucial para disminuir la sensación de incertidumbre e indefensión de la víctima. Se le explica que lo que siente es completamente normal siendo el resultado de una agresión, que él no provocó, pero que tiene cambios en su vida.

- Motivación al tratamiento: explicarle la importancia de un tratamiento, mencionándole las consecuencias positivas en su vida al asistir a la terapia. También se le puede mencionar que ahora es él quien tiene el control de su vida y libertad, y no sus secuestradores.
- Aplicación de los siguientes inventarios para la evaluación: La escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático (*EGS*) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarausa, 1997); Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (*STA*) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); Inventario de Depresión (*BDI*) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).
- Actividad en casa 1 escribir cuales son los motivos por cuales le gustaría mejorar su calidad de vida (poner ejemplos: hijos, carrera profesional, etc.).

SESION 2.

- Revisión de la actividad 1, considerar sus motivaciones como fundamentales para el cambio.
- Aplicación de los siguientes inventarios para la evaluación: Escala de inadaptación (*EI*) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000); Test de autoestima de Rosemberg (1987).
- Se retoma la explicación de la TCC y se le explica en qué consiste la técnica de reestructuración cognitiva, qué son los pensamientos automáticos, cómo suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas, para proceder a realizar un ejercicio para identificar éstos pensamientos, se le pedirá al paciente que recuerde una situación en la cual sus pensamientos hayan tenido como resultado conductas negativas (pensamientos ajenos al secuestro o antes de este evento, para que se de cuenta de elementos que antes no había considerado o de los cuales no se había percatado, y de esta manera le vaya quedando claro el

papel de sus pensamientos en sus acciones).

- Actividad en casa 2: Escribir dos situaciones de la vida cotidiana en las cuales deba identificar los pensamientos negativos automáticos, explicar las razones por las que es negativo y explicar los comportamientos que puedan resultar y cuáles son sus alternativas positivas.

SESION 3.

- Revisión de la actividad 2. El objetivo de esta actividad consiste en practicar la generación de alternativas de respuestas a sus propios pensamientos negativos.
- Con base en los pensamientos negativos escritos en la actividad en casa, se le pedirá que categorice sus pensamientos. El objetivo de la fase será que el paciente se familiarice con su estilo o forma particular de percibirse a sí mismo, su vida, el mundo y el futuro.
- Se le explicará el modelo ABCDE de Ellis para que conozca el proceso de pensamiento disfuncional como los pasos a seguir para modificarlo.
- Actividades en casa: se le pedirá al paciente que registre los pensamientos irracionales que se presenten a lo largo de la semana, que escriba las consecuencias de esos pensamientos, así como los efectos que le traen en lo emocional, conductual y cognitivo.

SESION 4.

- Revisión de actividad 3: ya con ejemplos del evento se le pedirá escribir el significado que tuvo para él el secuestro, que considere los efectos que tiene sobre sus creencias y pensamientos, así como en sus sentimientos y emociones. Se reforzará su conocimiento de la TRE que le quede claro lo que es una idea irracional y como puede modificarla por una racional para poder mejorar sus conductas.
- Expresión emocional: facilitando la expresión emocional de rabia, temor, preocupación, etc., a través de su narración del secuestro. Identificar aquí los estímulos externos, situaciones o fechas concretas donde la sintomatología pueda intensificarse.
- Enseñar la técnica de relajación profunda, para trabajar con los síntomas relacionados con el aumento de la activación, y, si es necesario también las pautas de higiene del sueño.

-
- Actividad en casa 4: aplicación de la técnica de relajación en situaciones que sean para él estresantes, también antes de dormir si es necesario, haciendo un registro de esas situaciones donde la sintomatología se intensifica.

SESION 5.

- Revisión de la actividad (que narre las situaciones que son para él estresantes).
- Con los conocimientos previos de la TRE, explicar con ejemplos concretos del secuestro, y de la relación de las conductas de evitación provocadas por sus pensamientos y emociones negativas después del evento.
- Explicarle cómo las conductas de evitación de los estímulos que le recuerdan el evento refuerzan su problemática.
- Actividad en casa 5, recordar nuevamente como fue el secuestro, y todo lo que ha acompañado a este evento, como proceso penal, examen médico legista, mutilaciones (en su caso) y escribirlo, así como también los pensamientos y emociones al recordar y escribir.

SESION 6.

- Revisión de la actividad 5, identificar los estímulos que evita y que le afectan así como los pensamientos y emociones relacionados con la evitación.
- Hacer un análisis topográfico de los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación (Richards, Lovell, y Marks; 1994).
- Explicación de la técnica exposición en imaginación.
- Actividad 6, hacer una lista de 10 actividades individuales y sociales que le resulten agradables y que dejó de hacer a partir del secuestro.

SESION 7

- Revisión de la actividad en casa, una vez registradas las actividades agradables que dejó de hacer, que indique en que momentos y bajo que circunstancias puede volver a hacerlas.

-
- Aplicación de los siguientes inventarios: Escala de Cambio Percibido (Echeburúa y Corral, 1988); Escala de inadaptación (*EI*) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).
 - Técnica de exposición en imaginación específicamente de los estímulos y situaciones que la víctima registro en su actividad en casa 5.
 - Actividad 7. iniciar actividades y enfrentar estímulos que ha evitado en su hogar (p. ej. hablar del evento o contestar el teléfono), y hacer un registro. Y Continuar con relajación profunda.

SESION 8

- Revisión de la actividad en casa, identificar las actividades que aún no puede realizar y debatirlas con el método socrático usando la TRE (Ellis, 1993).
- Hacer una retroalimentación e identificar los objetivos logrados hasta el momento.
- Explicar técnica de autocontrol y trabajarla como complementaria a las anteriores (TRE y exposición en imaginación) (Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows, Street, 1999).
- Tarea 8: llevar a cabo mínimo 2 actividades individuales y 2 sociales, que dejó de hacer después del secuestro, aplicando la técnica de autocontrol en los casos necesarios: continuar con actividades y enfrentar estímulos ansiógenos si es posible fuera de su hogar, haciendo un registro. Relajación profunda.

SESIONES 9-11

- Revisión de la actividad en casa. Seguir trabajando con técnica de autocontrol para que pueda realizar actividades dentro y fuera de su hogar que dejó de hacer a partir del secuestro.
- Trabajar con los objetivos que aun no se han logrado y que fueron identificados en la sesión 8.
- Actividades 9-11: van en función de los objetivos que aún no se han logrado o para reforzar lo ya logrado.

SESION 12

- Revisión de la actividad 11.

-
- Prevención de recaídas: anticipación y planificación de situaciones donde la sintomatología pueda agravarse.
 - Mantenimiento y generalización de intervenciones realizadas.

SESION FINAL.

- Evaluación post-tratamiento con los inventarios aplicados en el pre e intra-tratamiento.
- Despedida

SESIONES DE SEGUIMIENTO CON EVALUACIONES

- 1, 3, 6, y 12 meses posteriores al término del tratamiento, en estas sesiones se hacen nuevamente las evaluaciones con los mismos instrumentos utilizados en el pre-tratamiento, dependiendo de los resultados se reforzaran las áreas que así lo requieran.

CONCLUSIONES

En las últimas décadas el delito de secuestro ha cobrado mucha fuerza en México, siendo económica la causa principal, sin embargo esto ya no implica que sólo las personas que pertenecen a una clase socioeconómica alta sean vulnerables a éste delito, ya que actualmente se han cometido también secuestros a personas que pertenecen a otro nivel socioeconómico, pues para los secuestradores puede resultar más fácil por el acceso a la información de sus víctimas y así mismo la falta de seguridad.

Este delito ha ido cambiando, las modalidades cada vez son más variadas y el grado de violencia en la comisión de un secuestro se ha incrementado, provocando severas consecuencias para las víctimas, familiares y en general para la sociedad. Por tal motivo, es necesario estudiar el secuestro, así como a quien lo comete, pero se considera fundamental el papel del psicólogo para el trabajo con las víctimas que necesitan mayor atención, sobre todo porque no existen programas de intervención para ellas.

A través de la búsqueda de información, se identificaron programas de intervención para el TEPT por violación o para sobrevivientes de guerrillas, sin embargo no existen programas para las víctimas de secuestro, los motivos de la falta de tratamientos son: lo variado que puede resultar este delito, por ejemplo, si hubo violación, mutilación u algún otro tipo de agresión hacia las víctimas; también que este delito ha sido poco estudiado, y la poca información que existe es en relación al *modus operandi* o a quienes lo cometen porque resulta interesante el estudio de los delincuentes, dejando en segundo término la investigación de las víctimas; también se considera que la ausencia de programas de intervención se debe a que aparentemente después de la liberación las víctimas creen que ya el sufrimiento se acabó, o que es una experiencia que quisieran no recordar, sin darse cuenta que más adelante podrían agravarse las consecuencias psicológicas, reflejándose en un TEPT y/o depresión u otros problemas de salud mental; finalmente se considera que el poco apoyo institucional en México para proporcionar información sobre las víctimas no es suficiente para estudiar en su totalidad esta problemática social, además de que en la mayoría de los casos se le da más importancia al apoyo

legal que al psicológico por parte de las instituciones, provocando que la atención inmediata necesaria se dificulte. Por lo cual es importante que el papel del psicólogo en estas problemáticas no quede relegado, y para ello es importante que se cuente con las herramientas necesarias para enfrentarse a esto, como conocimientos en técnicas, terapia, habilidades clínicas, etcétera.

En los casos de TEPT, es importante una intervención inmediata, en la que se incluyan: 1) evaluación inicial del daño psicológico, de las variables facilitadoras del trauma (factores predisponentes, precipitantes y mantenedores), el grado de la resistencia al estrés, de las estrategias de afrontamiento y, en definitiva, del grado de vulnerabilidad ante el suceso traumático; 2) intervención en crisis que permita hacer frente a los síntomas más inmediatos y establecer unas medidas de higiene psicológica, basadas en la regularización de la comida y el sueño, en la recuperación de las rutinas de la vida cotidiana y en la expresión compartida de los sentimientos experimentados con amigos y familiares; y 3) identificación de aquellas víctimas que presenten una mayor vulnerabilidad a padecer una cronificación de los síntomas de TEPT, o de otros cuadros clínicos para canalizarlos a programas de intervención especializados y específicos. De este modo se puede prevenir en la mayoría de los casos la aparición o cronificación de trastornos psicológicos (Echeburúa, 2007).

Aunque existen personas que han sufrido un suceso traumático y, sin embargo, no necesitan un tratamiento, pues el equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana, el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir el trauma; de este modo las personas, aún con sus altibajos emocionales recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos. Por el contrario, existen personas que se encuentran atrapadas por el suceso sufrido y que no recuperan sus constantes biológicas como el sueño y el apetito, tienen dificultades para controlar sus emociones y pensamientos, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, adoptando a veces conductas contraproducentes (beber en exceso, comer más o menos de la cuenta, automedicarse, etc.). Son éstas las

personas las que requieren una ayuda específica psicológica y, en algunos casos, también farmacológica (Echeburúa, 2007).

En el trabajo terapéutico con las víctimas se deben tomar en cuenta diversos factores que generan la necesidad de programas más o menos variables que se puedan adaptar a víctimas específicas. Debido a la eficacia demostrada por diferentes estudios (mencionados en los resultados), se considera que la alternativa de tratamiento más viable es la terapia Cognitivo-Conductual ya que se centra en la problemática urgente y actual del paciente (el trauma) y, modifica los pensamientos que generan las emociones y conductas que le causan problemas.

Hay pocas investigaciones referentes a las víctimas de secuestro y aún menos, a su tratamiento, se concluye que esta terapia si es eficaz con los exsecuestrados, utilizando algunas técnicas que han demostrado efectividad para tratar con éxito el TEPT estas técnicas son: en primer lugar la **exposición prolongada**, porque la exposición continuada rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que promueve la disminución de la respuesta y, en su caso, la extinción por exposición repetida o habituación, para reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el trauma; **entrenamiento en inoculación al estrés** la cual ayudará al paciente a identificar situaciones estresantes y poder afrontarlas en un futuro, además de disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica síntomas de TEPT; la técnica de **solución de problemas** también ha demostrado eficacia para disminuir esta sintomatología ya que provee al sujeto de estrategias de afrontamiento y así se puede reducir las respuestas emocionales negativas; **la desensibilización sistemática**, se ha utilizado en investigaciones para el TEPT, demostrando ser ligeramente superior a otras técnicas como la terapia breve y la hipnoterapia; **modelo de la depresión de Beck** que de acuerdo con investigaciones es una de las más validadas empíricamente y de las más eficaces para disminuir significativamente los síntomas de la depresión, trastorno que puede presentarse de forma adyacente a un TEPT.

Algunas otras técnicas que se consideran y pueden ser eficaces para el tratamiento de víctimas de secuestro, pero que no tiene tantas investigaciones como las anteriores son; **autocontrol**, será eficaz ya que se le enseña a la

persona a ser agente de su cambio y a controlar estímulos que le recuerden el evento traumático o que le provoquen ansiedad o alguna otra respuesta negativa. También se propone la **terapia racional emotiva** en la cual el objetivo primordial es cambiar las evaluaciones erróneas de la realidad y las creencias absolutistas que le individuo posea.

Finalmente, según las investigaciones realizadas para el tratamiento del TEPT las técnicas más eficaces para contrarrestar su sintomatología son: Exposición Prolongada y Restructuración Cognitiva, y si se trabajan las dos en conjunto se tendrían aún mejores resultados.

La investigación no se puede realizar empíricamente por el acceso nulo a expedientes de víctimas o directamente el trabajo con ellas para la obtención de información, sin embargo se sostiene, con base a la literatura y la evidencia científica en otras investigaciones, que la terapia cognitivo-conductual y las técnicas de este enfoque serán eficaces para tratar a las víctimas de secuestro que presenten tanto el TEPT como la sintomatología adyacente a este trastorno.

El trauma puede interferir en la calidad de vida de la persona y afectarle en diferentes áreas de su actividad cotidiana, así como en sus relaciones sociales, por lo que la psicología clínica tiene una importante responsabilidad en la formulación de tratamientos eficaces para las víctimas, y en general enfocados a los problemas de la sociedad mexicana como lo son las consecuencias psicológicas de la inseguridad y a todas las modalidades de la violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Agudelo, V. (2000). El horror de lo incierto: intervención psicológica con víctimas de secuestro. Revista: Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte.
- Baguena, P. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema* 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 479-492.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Besares, E. y Gómez, T. (2003). *El secuestro (Análisis dogmático y criminológico)*. México: Porrúa.
- Berstein, D. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. (1985). *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. Madrid: DDB.
- Bisson, J, Andrew M. (2005). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. *Psychological Medicine, Cardiff University, Monmouth House, University Hospital of Wales*.
- Bobes, J., Bousoño, M., Gonzales M., y Masson, P. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático*. España: Masson.
- Botero, G. (2004). *Cognitive behavioral intervention for PTSD in Colombian combat veterans Univ. Psychol. [online]*. 2005, vol.4, n.2, pp. 205-219. ISSN 1657-9267.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención Cognitivo-Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático en excombatientes colombianos. *Revista de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá*. No. 4.
- Block, R. (1976). *Victim Offender Interaction in violent crime. The Journal criminal*. Vol.72, número 2.
- Brom, D., Kleber, R. y Defares, P. (1989). *Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 131-140.

-
- Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI de España Editores.
 - Carnwath, T. y Miller D. (1989). Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico. México: Martínez Roca.
 - Carrión, M. (2006). El secuestro en México. México: Porrúa.
 - Carvajal, C. y Carbonell, C. (2002). Trastorno agudo por estrés: clínica y evolución. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.
 - Carvajal, C., Carbonell, C., Philippi, R., Monteverde, P., Bacigalupo, F., Alvear, F. (2001). Características clínicas del trastorno de adaptación con síntomas de estrés postraumático. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría.
 - Castro, J., Núñez, F. (1999). El delito de Secuestro. Monografía. Colegio interamericano de defensa. Departamento de Estudios, clase XXXVII. Washington.
 - CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994.
 - Clark, D. y Beck, A. (1997). Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Caro (Comp.). Manual de Psicoterapias Cognitivas Pp. 119-127. Barcelona: Paidós.
 - Clutterbuck, O. (1979). Secuestro y rescate. México: Fondo de Cultura Económica.
 - Di Tullio, B. (1963). Criminodinámica, en principios de criminología clínica y psiquiatría forense. Madrid: Colección Jurídica Aguilar.
 - DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición, APA, Washington, D.C., 1994.
 - D'Zurilla, T., Goldfried, M. (1971). Solución de problemas y modificación de conducta. *Journal of Abnormal Psychology*.
 - Echeburúa, E. (1994). Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos. Madrid: Fundación Universitaria-Empresa.
 - Echeburúa, E. y De Corral, P. (1995). Manual de Terapia de Conducta: Trastorno de Estrés Postraumático. España, Universidad del país Vasco.
 - Echeburúa, E. y Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos? Revista:

Psicopatología clínica, legal y forense. Vol. 5, No. 8. pp 298-317. Universidad del país Vasco, España.

- Echeburúa, E., Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Revista de Psicología conductual*, Vol. 15, No. 13, pp. 373-387. Universidad del país Vasco, España.
- Ellis, A. (1980). *Practica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: *Descleé de Brouwer*.
- Ellis, A. (1993). *Terapia racional emotiva*. 2da. Edición México: Pax México 2005.
- Eysenck, H. (1947) *Dimensión y personalidad*. Vol. 1. Madrid: Dikinson-Psicología.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002). *Intervención en crisis*. España: Síntesis S.A.
- Fernández, F. (2003). *Intervención psicológica en situaciones de emergencia*. Bogotá: Fondelibertad.
- Foa, E., Feeny, N., Zoellner, L., Fitzgibbons, L. y Hembree, E. (1998). Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático crónico: exposición prolongada y reestructuración cognitiva. Comunicación presentada en la XIV reunión de la Sociedad Internacional de estudios de Estrés postraumático. Washington.
- Foa, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., Meadows, E. & Street, G. (1999). *A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E., Zoellner, I., Feeny, N., Hembree, E. y Álvarez, J. (2002). Exacerbación de los síntomas de estrés postraumático con exposición en imaginación *Revista de Psicología clínica*, 70, 1022-1028.
- Fontaine, O. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.
- Garcés, J. (2000). *Un acercamiento a la intervención en familias víctimas de secuestro*.

-
- Garry, M., Joseph, P. (2007). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson.
 - Gavino, A. (1997). *Técnicas de Terapia de Conducta*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
 - Gómez, L. (2004). Sociología de la violencia. El secuestro, empresa parapolicial. Revista: Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. Abril-Mayo, no. 040.
 - Gulotta, G. (1976). *La vittima*. Italia: Giuffré.
 - Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. Chicago: the University of Chicago press, Midway Reprint.
 - Jiménez, H. (1978). *Derecho Penal Mexicano*, 3ª ED. México: Porrúa.
 - Jiménez, R. (2002). *El secuestro: problemas sociales y jurídicos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México.
 - Kanfer, F. y Goldstein, A. (1987). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: DDB.
 - Lazarus, A. (1971). *Behavioral therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.
 - Lazarus, A. (1980). *Terapia conductista, técnicas y perspectivas*. México: Páidos.
 - León N. y Tovar E. (2005). *Aproximación a la intervención psicológica del secuestrado y su familia en el post cautiverio*. Psicología jurídica, universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá.
 - Litz, B., Orsillo, S., Kaloupek, D. y Weathers, F. (2000). *Emotional processing in posttraumatic stress disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 26-39.
 - Mahoney, M. (1983). *Técnicas y modificación de conducta*. México: Trillas.
 - Martiñón, C. (2008). *El delito de secuestro*. Tesis doctoral. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
 - Martínez, P. (2001). "Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión". Publicado en la Revista del Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano, Información psicológica nº76. ISSN: 0214-347X. 2001.

-
- Matta A. (2002). Colombia y las FARC-EP. Origen de la lucha guerrillera. Testimonio del comandante Jaime Guaraca.
 - Meichenbaum, D. (1987): Manual de inoculación de estrés ISBN: 8427011741, 105 p.
 - Meluk, E. (1998). El secuestro, una muerte suspendida: su impacto psicológico. Santafé de Bogotá: Ediciones Uniándes.
 - Mendelsohn, B. (1979). La victimología y las tendencias de la sociedad contemporánea. San José Costa Rica: Llanud.
 - Méndez, F.; Olivares, J. y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), Técnicas de modificación de conducta (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
 - Molina, B. (2003). El secuestro: su repercusión en las creencias y en la estructura de relaciones en un grupo de familias antioqueñas. Revista Colombiana de Psiquiatría. Volumen 32. Número 1.
 - Navarro Cueva, R. (1994). "Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración", en Aprendizaje y Comportamiento, vol. 10, A.L.A.M.O.C., Lima.
 - Novaco, R. & Chemtob, C. (1998). *Anger and Trauma: Conceptualization, assessment and treatment. En V. Follete, J. Y. Ruzek & F. Abueg (Eds.), Cognitive-Behavioral therapies for trauma. New York: Guilford Press.*
 - Nudler, O. (1979). Conductismo y terapia de la conducta, problemas epistemológicos de la psicología. México: Trillas.
 - Olivares, J., Méndez, F. (2001). Terapia de modificación de la conducta. España: Biblioteca nueva.
 - Orengo F, Rodríguez M, Lahera G, Ramírez G. (2006). Prevalencia y tipos de trastornos de estrés postraumático en población general y psiquiatría. México: Psiquis
 - Orengo, F. (2006). Ponencia: Maltrato y Estrés Postraumático. México: Erifleos. Consejo Ciudadano De Seguridad Pública Del D.F. México.
 - Perkonig A., Kessler R., Storz, S., Wittchen, H., (2002). *Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatric Scand.*

-
- Phares, E. (1996). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual moderno. 594.
 - Pearlstein, T. (2000). *Antidepressant treatment of posttraumatic stress disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry*.
 - Pulido, B. (1988). *El Secuestro*. Bogotá, Colombia: Plaza y Janés.
 - Reynoso, L., Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud, Un enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
 - Richards, D., Lovell, K. y Marks, M. (1994): *Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program*. *Journal of Traumatic Stress, 7: 669-680*.
 - Rimm, D. y Masters (1980). *Terapia de la conducta. técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
 - Rimm, D., John C. (1984). *Terapia de la conducta, Técnicas y Hallazgos Empíricos*. México: trillas.
 - Rodríguez, M. (1996). *Victimología. Estudio de la víctima*. México: Porrúa.
 - Rodríguez, L. A. (2003). *Atención a víctimas de secuestro. Grupo de investigación de Psicología Jurídica y Forense: retos y perspectivas*. Pontificia Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá.
 - Ruiz, A. (2006). *Análisis Sobre El Delito Del Secuestro*. Ponencia Presentada En El Tercer Congreso De Víctimas De La Delincuencia en México.
 - Stanciu, V. (1975). *Etat victimal et civilisation. Francia : Etudes Internationales de Psychosociologie Criminelle*.
 - Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. México: Páidos.
 - Sijbrandij M., Olf J., Carlier I., Vries M. y Gersons B. (2007). *Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático agudo con la Terapia Cognitivo-Conductual breve: una prueba aleatorizada controlada*. *American Journal of Psychiatry*. No. 164. Vol. 1.
 - Stampfl, T. y Levis J. (1967). *Terapia Implosiva: Teoría y Técnica*. *Behavioral Approaches to Teraphy: New Jersey: General Learning Press, 1976*. Traducción: Diaz, A.

-
- Tardy, R. (1993). Principios básicos del aprendizaje. 11ª Ed. Madrid: Debate.
 - Thoresen, C., Mahoney, J. (1981). Autocontrol de la conducta. México: Fondo de Cultura Económica.
 - Vallejo, M. (2008). Manual de terapia de conducta. Vol. 1. Madrid: Dickinson-Psicología.
 - Vargas, F, Ibáñez, R. (1998). Aplicación de la terapia racional emotiva y del entrenamiento asertivo a un caso de depresión. Revista de Psicología de Iztacala, vol.1, no.1. UNAM, México.
 - Wolpe, J. (1978). Psicoterapia por inhibición recíproca. España: Desclée de Brouwer.
 - Wolpe, J. (1993). Práctica de la terapia de la conducta. 3ra. Edición México: Trillas.
 - Zapardiel, A., Bañanzat, S. (2009) Manual de intervención psicológica y social en víctimas de terrorismo: 11-m. España, Madrid. ISBN: 978-84-613-2990-8.
 - Zayfert, C. (2008). Terapia Cognitivo-Conductual Para El Tratamiento Del Trastorno Por Estrés Postraumático. México: Manual Moderno.

Referencias Electrónicas:

- <http://library.jid.org/en/mono37/castro-nunes.pdf>
- <http://terapiacognitivaucc.blogspot.com/2009/07/la-estructura-sicologica-en-el-modelo.html>
- <http://www.antisecuestro.gov.co>
- http://www.conductitlan.net/48_objeciones_a_la_terapia_de_la_conducta.pdf
- <http://www.congresopuebla.gob.mx/seguridad.php>
- <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>
- http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor
- <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=316>
- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-ç
- http://www.semanasalud.ua.es/semana_2/trip_rmp.htm

-
- http://www.universidadabierta.edu.mx/Bilio/DiazLealMaria_penamuerte.htm
 - www.inter.net.co/paislibre/informacion.htm
 - <http://www.eluniversal.com.mx/notas/616401.html>
 - <http://online-psicologia.blogspot.com/2007/12/inoculacin-de-estrs.html>
 - http://www.ayuda11m.org/files/manual_intervencion.pdf
 - (<http://ugt-aena.galeon.com/cognitivas.html>).
 - El universal, julio de 2009;
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/612913.html>

ANEXOS

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIÓN: Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

- 0: Nada
- 1: Una vez por semana o menos/poco
- 2: De 2 a 4 veces por semana/bastante
- 3: 5 o más veces por semana/mucho

SUCESO TRAUMÁTICO:

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió? (meses/años)
¿Desde cuándo experimenta el malestar?

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

Puntuación de síntomas de re experimentación (rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamiento, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o la participación en actividades significativas?
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?
6. ¿Se siente limitado por la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?

Puntuación de síntomas de evitación (rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

Puntuación de síntomas de activación (rango 0-15)

Puntuación total de la gravedad del trastorno de estrés postraumático (rango 0-51)

ESCALA COMPLEMENTARIA

MANIFESTACIONES SOMATICAS DE LA ANSIEDAD EN RELACIÓN CON EL SUCESO

- -Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo
- -Dolores de cabeza
- -Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)
- -Dolor o malestar en el pecho
- -Sudoración
- -Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo
- -Náuseas o malestar abdominal
- -Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad
- -Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias)
- -Sofocos y escalofríos
- -Temblores o estremecimientos
- -Miedo a morir
- -Miedo a volverse loco o a perder el control

Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad (rango 0-39.)

TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de re experimentación, de 3, en el de evitación, y de 2, en el de aumento de la activación.

- SI Agudo (1-3 meses)
 Crónico (> 3 meses)
 Con inicio demorado
- NO

GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

	Punto de corte	Puntuación obtenida
ESCALA GLOBAL (rango 0-51)	15	_____

ESCALAS ESPECÍFICAS

Re experimentación (rango 0-15)	5	_____
Evitación (rango 0-21)	6	_____
Aumento de la activación (rango 0-15)	4	_____

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (IDARE)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

I. INSTRUCCIONES: algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque el número que indique cómo se siente **ahora mismo**, o sea, **en este momento**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **ahora**.

No en lo absoluto (1)
Un poco (2)
Bastante (3)
Mucho (4)

1. Me siento calmado (a) (1) (2) (3) (4)
2. Me siento seguro (a) (1) (2) (3) (4)
3. Estoy tenso (a) (1) (2) (3) (4)
4. Estoy contrariado (a) (1) (2) (3) (4)
5. Estoy a gusto (1) (2) (3) (4)
6. Me siento alterado (a) (1) (2) (3) (4)
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo (1) (2) (3) (4)
8. Me siento descansado (a) (1) (2) (3) (4)
9. Me siento ansioso (a) (1) (2) (3) (4)
10. Me siento cómodo (a) (1) (2) (3) (4)
11. Me siento con confianza en mí mismo (a) (1) (2) (3) (4)
12. Me siento nervioso (a) (1) (2) (3) (4)
13. Me siento agitado (a) (1) (2) (3) (4)
14. Me siento "a punto de explotar" (1) (2) (3) (4)
15. Me siento reposado (a) (1) (2) (3) (4)
16. Me siento satisfecho (a) (1) (2) (3) (4)
17. Estoy preocupado (a) (1) (2) (3) (4)
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a) (1) (2) (3) (4)
19. Me siento alegre (1) (2) (3) (4)
20. Me siento bien (1) (2) (3) (4)

II. INSTRUCCIONES: algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque el número que indique cómo se siente **generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **generalmente**.

Casi nunca (1)
Algunas veces (2)
Frecuentemente (3)
Casi siempre (4)

21. Me siento bien (1) (2) (3) (4)
22. Me canso rápidamente (1) (2) (3) (4)
23. Siento ganas de llorar (1) (2) (3) (4)
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo (1) (2) (3) (4)
25. Pierdo oportunidades por no poder decidir rápidamente (1) (2) (3) (4)
26. Me siento descansado (a) (1) (2) (3) (4)
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada” (1) (2) (3) (4)
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto
de no poder superarlas (1) (2) (3) (4)
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia (1) (2) (3) (4)
30. Soy feliz (1) (2) (3) (4)
31. Tomo las cosas muy a pecho (1) (2) (3) (4)
32. Me falta confianza en mí mismo (1) (2) (3) (4)
33. Me siento seguro (a) (1) (2) (3) (4)
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades (1) (2) (3) (4)
35. Me siento melancólico (a) (1) (2) (3) (4)
36. Me siento satisfecho (a) (1) (2) (3) (4)
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan (1) (2) (3) (4)
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo
quitar de la cabeza (1) (2) (3) (4)
39. Soy una persona estable (1) (2) (3) (4)
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo
tenso (a) y alterada (a) (1) (2) (3) (4)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIÓN: a continuación se expresan varias respuestas posibles a distintas situaciones. Marca la opción que mejor refleje cómo te sientes actualmente.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

ESCALA DE INADAPTACIÓN

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIÓN: Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Ítems	Valoración
Trabajo y/o Estudios A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
Vida social A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
Tiempo libre A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo

<p style="text-align: center;">Relación de pareja</p> <p>A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
<p style="text-align: center;">Vida familiar</p> <p>A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
<p style="text-align: center;">Escala global</p> <p>A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

INSTRUCCIÓN: A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Intente responder el test de forma sincera.

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE CAMBIO

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

PSICOLOGO (A): _____

INSTRUCCIÓN: Señale cómo se siente en general desde el último encuentro con el psicólogo (a):

1	2	3	4	5	6	7