http://doi.org/10.16888/interd.2020.37.1.14

Proceso de tratamiento a víctimas del crimen organizado: Un estudio cualitativo centrado en la experiencia de psicólogos clínicos

Process of treatment to victims of organized crime: A qualitative study focused on the experience of clinical psychologists

Ariagor Manuel Almanza-Avendaño[1], Sergio Cáceres-Becerra[2]

y Anel Hortensia Gómez-San Luis[3]

[1]Doctor en Psicología. Profesor investigador, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. E-mail: manuelalmanzaavendano@gmail.com

[2]Licenciado en Psicología, Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. E-mail: sergiobecerra55@hotmail.com

[3]Doctora en Psicología Maestra en Terapia Familiar. Especialista en adicciones. Licenciada en Psicología; por la Universidad Nacional Autónoma de México. Docente e investigadora en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California. E-mail: anelgomezsanluis@gmail.com

Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano.
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

Resumen

El crimen organizado representa una de las más graves problemáticas a nivel mundial. No solo por el gran número de muertes violentas y lesiones entre los grupos rivales y en la población general, sino por las afectaciones en la salud mental de las personas que viven en ciudades con alta incidencia delictiva. Las víctimas directas o indirectas del crimen organizado suelen desarrollar diversos síntomas, dependiendo del tipo de delito y el grado de violencia (intensidad y duración) a la que fueron sometidas, así como del tipo de atención recibida después del ataque. Se presentan los hallazgos de un estudio cualitativo sobre el proceso de atención a víctimas del crimen organizado, desde la perspectiva de los psicólogos clínicos. El estudio fue realizado en el estado de Tamaulipas, al norte de México. Su propósito fue conocer las fases del proceso de atención y las estrategias clínicas utilizadas, las reacciones cognitivas, emocionales y sociales generadas en los terapeutas, las estrategias de autocuidado y las limitaciones contextuales. Participaron ocho psicólogos clínicos de diferentes enfoques terapéuticos. Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas y fueron analizadas con el software Atlas.ti 7, en base a la Teoría Fundamentada. Los resultados indican un proceso de atención con cuatro fases: previa, inicial, tratamiento y cierre. El terapeuta emplea estrategias clínicas específicas para cada fase del tratamiento y

además desarrolla estrategias para su autocuidado emocional y protección, debido a las condiciones de violencia en el contexto local.
Palabras clave: Psicólogos clínicos; Intervención terapéutica; Víctimas; Crimen organizado; Métodos cualitativos.

Abstract

Organized crime represents one of the most serious problems worldwide. Not only because of the large number of violent deaths and injuries among rival groups and in the general population, but also because of the mental health effects of people living in cities with a high incidence of crime. The direct or indirect victims of crimes such as homicide, kidnapping, extortion, human trafficking, robbery with violence, rape, among others, often develop various symptoms depending on the type of offense, the degree (intensity and duration) of violence to which they were subjected, and the care (medical, psychological, legal) received after the attack. This paper presents the findings of a qualitative study on the process of care for victims of organized crime from the perspective of clinical psychologists. It was conducted in the state of Tamaulipas, in northern Mexico. The purpose of the study was to know the phases of the psychological care process and the clinical strategies used; the cognitive, emotional and social reactions generated in the therapists; the self-care strategies used by psychologists, and the contextual limitations for care. Eight clinical psychologists from different therapeutic approaches participated. Semi-structured interviews were conducted and analyzed with the Atlas.ti 7 software, based on Grounded Theory. The results indicate a process of attention with four phases: previous, initial, treatment and closure. In the previous phase, participants identify adult men and women as the main victims of organized crime who attend therapy. Direct victims come for crimes such as kidnapping and extortion. Indirect victims are usually close relatives of the direct victims and come for crimes such as homicide, forced disappearance and kidnapping. In the initial phase, psychologists use the therapeutic alliance, rapport, empathy and the promotion of attachment to treatment. Psychologists with private practice can perform specific actions such as attending the patient's home when the patient is afraid to leave. The most frequent diagnoses found in this phase are post-traumatic stress disorder, depressive disorders, and anxiety disorders. The treatment phase is characterized by the diversity of techniques used according to the therapeutic model adopted by each psychologist. The closing phase occurs when the patient has emotionally stabilized and therapists seek relapse prevention, so they follow up on cases. During the process of care for victims, therapists have different cognitive, emotional and social reactions; and develop strategies for their personal care, due to the conditions of violence that are experienced in the local context. The most used self-care strategies are to attend a personal therapeutic process, supervise the cases, exercise, eat well, express their emotions, go to natural environments to distract themselves and reduce the number of cases they attend. Among the limitations identified in the process of care for victims of organized crime, therapists mention the need for specialized training, including not only their professional training, but have a procedure or a specific protocol to deal with such cases.
Keywords: Clinical psychologists; Therapeutic intervention; Victims; Organized crime; Qualitative methods.

Introducción

A nivel mundial, las personas que viven en países con bajos ingresos enfrentan las mayores amenazas relacionadas con su seguridad y bienestar. En dichos países es común que aspectos como la corrupción ocasionen una disminución de la confianza ciudadana y el debilitamiento del estado de derecho. Por ejemplo, el homicidio doloso sistemáticamente presenta las tasas más altas en América, y su impacto se

refleja no solo en la pérdida de la vida humana, sino en la disminución del desarrollo social y económico (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2015).

En México, la actual incidencia de los delitos de alto impacto, la evolución del ejercicio de violencia y la respuesta de las autoridades, muestran que no se han llevado a cabo las acciones necesarias para la adecuada y eficaz administración de la justicia (Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad, 2016). El antecedente inmediato de esta situación podría ubicarse en 2006, año en que se evidenciaron diversos cambios en la dinámica del crimen organizado: un proceso de expansión y profesionalización de sus integrantes, la diversificación delictiva del tráfico de drogas hacia delitos como la extorsión y el secuestro, la incorporación de la delincuencia ordinaria, la captura y la reconfiguración de las instituciones públicas para la explotación de las economías locales (Valdés, 2017).

Los delitos de alto impacto a nivel nacional están lejos de cesar, las cifras actualizadas hasta enero de 2018 indican que 9 de los 12 delitos de alto impacto aumentaron con respecto a diciembre de 2017. En el caso del narcomenudeo, desde 2015, al comparar los meses de enero, el de 2018 indica la mayor cantidad de carpetas de investigación, superando a enero de 2017 en 46.97 %. Para dimensionar el hecho, vale mencionar que durante enero de 2018 se iniciaron diariamente alrededor de 160 carpetas de investigación por este delito, lo que representa un incremento del 31.33 % con respecto al mes anterior. (Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad, 2018).

Tamaulipas, ubicado al norte de México, ha sido uno de los estados más afectados por el crimen organizado, debido a la intensidad del conflicto entre agrupaciones rivales y los vínculos que establecen con el Estado (Osorno, 2012). En 2017 (hasta el mes de septiembre) se reportaron 1372 víctimas de homicidios, 165 de secuestros (primer lugar nacional) y 131 de extorsión (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública [SESNP], 2017a). Hasta julio de 2017, se contabilizaron 136 casos de personas extraviadas o desaparecidas en averiguaciones previas del fuero federal y 5943 del fuero común, la cifra más alta en el país (SESNP, 2017b). Además, dos de las principales ciudades del estado fueron ubicadas entre las 50 más violentas del mundo, con Victoria en el octavo puesto y Reynosa en el lugar 38 (Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y Justicia Penal [CCSPJP], 2018).

Las personas que viven en ciudades con alta incidencia delictiva pueden llegar a ser víctimas directas o indirectas de diversos delitos como homicidio, secuestro, extorsión, trata de personas, robo con violencia, violación, entre otros. En caso de que la víctima sobreviva al ataque, puede desarrollar síntomas dependiendo del tipo de delito y el grado de violencia (intensidad y duración) a la que fue sometida, así como de la atención (médica, psicológica, legal) recibida después del ataque. Por ejemplo, las víctimas directas de delitos como el secuestro sufren violencia instrumental para ser sometidas e intimidar a sus familias, así como violencia orientada a su humillación y desvalorización (Yam y Trujano, 2016).

En este tipo de delitos se han reportado reacciones cognitivas (alteración de la memoria y la concentración, desorientación, pensamientos intrusivos, negación, hipervigilancia y alta activación), emocionales (shock y embotamiento, miedo, ansiedad, desesperanza, disociación, ira, anhedonia, depresión y culpa), así como sociales, que incluyen aislamiento y evitación (Alexander y Klein, 2009). Además de la aparición de problemas de salud, existe una alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEP) y trastorno depresivo mayor (Favaro, Degortes, Colombo y Santonastaso, 2000).

Por su parte, las víctimas indirectas, especialmente los familiares, pueden vivir la situación como un cautiverio virtual, pues las amenazas continuas e intimidación generan la sensación de estar siendo observados constantemente. Experimentan malestar psicológico y síntomas de TEP, así como una pérdida

de confianza en el ambiente, sobre todo en contextos de impunidad (Navia y Ossa, 2003). En víctimas directas e indirectas de extorsión se han identificado secuelas emocionales (sentimientos de culpa e inferioridad, vergüenza, desesperación, miedo e indefensión, dependencia, ansiedad y depresión), físicas (descuido personal, deterioro de la salud y somatización) y sociales, como aislamiento, abandono de actividades y cambios de residencia (Salgado-Villegas, 2010).

Las secuelas en caso de homicidio violento o desaparición forzada se han estudiado en víctimas indirectas, en contextos de conflicto armado o violencia política. Ambos delitos suelen generar síntomas de TEP, trastorno depresivo o trastorno por duelo prolongado (TDP) (Heeke, Stammel y Knaeverlsrud, 2015). Los síntomas depresivos o de duelo prolongado pueden mantenerse por más de veinte años, pero la sintomatología de TEP se reduce a través del tiempo (Pérez-Sales, Durán-Pérez y Bacic, 2000).

Además de los familiares o personas cercanas a las víctimas directas, diversos profesionistas pueden ser afectados por la violencia asociada al crimen organizado. En militares y policías se ha encontrado una prevalencia de TEP del 31 % (Tapias, 2006), mientras que en periodistas que cubren noticias del narcotráfico y el crimen organizado se reportó una prevalencia del 42.9 % (Flores, Reyes y Reidl, 2012). En otro estudio con policías se reportó que también experimentaban miedo, tristeza, culpa, ansiedad y pesadillas (Hyemin, Valencia, Rodríguez, Preciado y Soltero, 2013).

A pesar de que son principalmente los psicólogos y psiquiatras quienes se encargan de procurar la salud mental de las víctimas del crimen organizado, no se han identificado estudios sobre las consecuencias de este tipo de violencia en personal de salud mental. Algunos estudios relacionados han reportado que los psicólogos que trabajan con víctimas de situaciones traumáticas se encuentran en riesgo de sufrir malestar psicológico, cambios cognitivos y alteraciones relacionales (Collins y Long, 2003), así como estrés postraumático secundario y traumatización vicaria (Finklestein, Stein, Greene, Bronstein y Solomon, 2015). Sin embargo, no existen estudios específicos enfocados en el proceso de atención psicológica con víctimas de crimen organizado en contextos de violencia e inseguridad, por lo que la necesidad de llevar a cabo estudios de este tipo es evidente.

Los psicólogos clínicos que atienden a víctimas del crimen organizado se enfrentan a dos desafíos: atender clínicamente a personas con una diversidad de síntomas, en ocasiones con escasa o nula capacitación profesional para hacerlo (por inexistencia o desconocimiento de terapias, programas, y protocolos adaptados al contexto de atención), y procurar su autocuidado, pues el desgaste ocasionado por las implicaciones del ejercicio clínico con víctimas del crimen organizado, puede llegar a mermar su salud física y emocional.

El propósito de este estudio es comprender el proceso de atención a víctimas realizado por psicólogos clínicos en un contexto con altos niveles de violencia asociados al crimen organizado. Se pretende identificar el tipo de delitos y secuelas que abordan en su práctica cotidiana y las estrategias clínicas que emplean para el manejo de los casos. Además se busca explorar sus reacciones cognitivas, emocionales y sociales, las estrategias utilizadas para su autocuidado y las limitaciones contextuales para el desarrollo de su actividad profesional.

Método

Diseño

Se realizó un estudio cualitativo desde la tradición de la Teoría Fundamentada, para comprender el proceso de atención a víctimas en función de los siguientes elementos: las condiciones de inicio, las estrategias clínicas empleadas, las reacciones de los terapeutas durante el proceso y sus estrategias de autocuidado, así como los aspectos contextuales que influyen en la atención.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados de manera intencional, de acuerdo al principio de máxima diversidad y en base a los siguientes criterios: ser psicólogo clínico con cédula profesional, mayor a 25 años y tener al menos un caso concluido con una víctima directa o indirecta del crimen organizado. Se utilizó la técnica bola de nieve, ya que los terapeutas recomendaban a otros psicólogos con experiencia en atención a víctimas en instituciones públicas o en el ámbito privado.

Instrumentos

Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada diseñada específicamente para este estudio. La guía de entrevista contaba con los siguientes ejes: 1) Delitos por los que asisten las víctimas y secuelas generadas; 2) Prácticas terapéuticas empleadas durante el tratamiento; 3) Impacto de la atención en el terapeuta; y 4) Obstáculos identificados en el proceso de atención.

Procedimiento

Las entrevistas se realizaron en lugares seguros para los participantes, como el consultorio particular o su oficina. Se les entregó un consentimiento informado donde se detallaron los propósitos y características del estudio; se solicitó su autorización para la grabación de las entrevistas y se especificó que por cuestiones de seguridad los audios y transcripciones serían revisados únicamente por los investigadores, se eliminarían al término del estudio y que no se solicitarían datos de identificación relativos a los pacientes atendidos ni detalles asociados a las agrupaciones criminales. Se utilizó el criterio de saturación teórica para determinar el número de entrevistas. La saturación se alcanzó en la octava entrevista. La Tabla 1 muestra las principales características de los ocho participantes del estudio.

Tabla 1
Características de los participantes.

N.º	Sexo	Edad	Escolaridad	Sector	Enfoque	Casos atendidos
1	Hombre	58	Maestría	Privado	Analíticamente orientado	10
2	Mujer	48	Maestría	Público	EMDR	60
3	Mujer	42	Doctorado	Privado	Cognitivo/conductual	3
4	Mujer	36	Maestría	Público	EMDR	300
5	Hombre	27	Licenciatura	Público	Cognitivo/conductual	9
6	Mujer	33	Maestría	Público	Cognitivo/conductual	20
7	Mujer	41	Maestría	Privado	Cognitivo/conductual	12
8	Hombre	50	Doctorado	Privado	Analíticamente orientado	1

Nota: EMDR: Terapia de Reprocesamiento y desensibilización a través del Movimiento Ocular.

Análisis de datos

En base a las directrices de la Teoría Fundamentada (Charmaz, 2006), los textos se sometieron a un proceso de codificación abierta y elaboración de memos por medio del programa Atlas.ti 7. Posteriormente se llevó a cabo la codificación selectiva para identificar los códigos más relevantes, seguido de la codificación axial para encontrar las categorías

centrales y sus dimensiones. Finalmente se realizó una codificación teórica para vincular las categorías centrales en un modelo conceptual que diera cuenta de las relaciones entre ellas, a través de distintas fases del proceso de atención. El proceso de triangulación de investigadores (Denzin, 1978) se llevó a cabo mediante el análisis independiente realizado por dos de ellos.

Resultados

Las categorías principales se presentan organizadas en una serie de fases en las que se desarrolla el proceso de atención: la fase previa a la atención; la fase inicial; la fase de tratamiento y la fase de cierre. Durante el proceso de atención son descritas las estrategias clínicas utilizadas por los terapeutas, sus reacciones cognitivas, emocionales y sociales, así como sus estrategias de autocuidado. Posteriormente se revisan las limitaciones contextuales al proceso de atención.

Fase previa a la atención psicológica

Los participantes señalan que atienden principalmente a personas adultas, tanto hombres como mujeres. Las víctimas directas asisten principalmente por el delito de secuestro, y en menor medida por la extorsión. Las víctimas indirectas, quienes suelen ser familiares cercanos, acuden por los delitos de homicidio, desaparición forzada (también denominada levantón en el contexto local) y secuestro.

"Fue en la mañana, iba a una tienda y de ahí al momento de salir unos tipos se la llevaron, era una mujer, la tuvieron como 15 días en una casa... estaba con vendas en los ojos y en las manos... luego la dejaron en una carretera" (Participante 3).

Las víctimas directas experimentan múltiples formas de violencia, sobre todo al sufrir un secuestro. Pueden recibir en primer lugar violencia psicológica, que abarca actos como recibir amenazas e insultos, ser humillado o perseguido. A su vez, es frecuente la violencia física, que se presenta en un espectro que va desde ser tocado o vendado, hasta recibir golpes y en un nivel extremo, ser sometido a tortura. Especialmente en el caso del secuestro y la desaparición forzada, las personas son reducidas a objetos y son sometidas a la voluntad de los delincuentes, ya que sus cuerpos son trasladados, retenidos, arrojados en las carreteras o parajes desconocidos. Si bien las víctimas indirectas no sufren en sus propios cuerpos esta violencia psicológica y física, la experimentan en forma vicaria, al imaginar lo que sus familiares han sufrido.

"Los amedrentaron (a personas secuestradas) llevándolos frente a algunas fosas y ellos ya veían el momento de morir, aparte de este daño psicológico que les hacen a través del maltrato verbal, de las amenazas" (Participante 7).

Sufrir la violencia puede generar múltiples secuelas en las víctimas. El elemento central es el miedo; las víctimas pierden la confianza en su mundo cotidiano y comienzan a sentirse inseguras, viven en estado de alerta y son sensibles ante nuevos ataques. Los participantes mencionan que las víctimas pueden desarrollar un pensamiento catastrófico, sufrir de pánico, paranoia o delirios de persecución.

La violencia provoca una ruptura en la relación del paciente con su mundo social y a su vez, afecta su identidad, su afectividad, la relación con su cuerpo. Las víctimas directas e indirectas padecen ansiedad: en las primeras, vinculada sobre todo al temor a una revictimización, y en las segundas, a la preocupación por el familiar. Otro de los síntomas más mencionados por los participantes es la alteración del sueño, ya que tienen insomnio o pesadillas. En la mitad de los casos se mencionó la presencia de síntomas asociados al TEP (reexperimentación, disociación, bloqueo emocional).

Otro afecto presente, especialmente en las víctimas indirectas, es la tristeza, pues se menciona que "sufren tanto que ya no quieren sentir" o "lloran como si se hubiera ido ayer" (refiriéndose a un familiar desaparecido) y

existe el riesgo de que la tristeza se convierta en desesperanza e incluso en depresión, pues hay casos en que los familiares han "muerto de depresión". En menor medida se mencionan otros afectos como ira o culpa, esta última asociada sobre todo a la extorsión.

Los participantes mencionan que existe una alteración de la vida social, manifestada en el encierro, "dejar de salir a reuniones o con amigos". Pueden existir problemas de funcionamiento al dejar de ir a la escuela, o reducir su rendimiento en el trabajo. Incluso pueden realizar cambios importantes en su vida debido al miedo, como mudarse de ciudad, cambiar de trabajo o de casa. Menos de la mitad de los participantes hicieron alusión a secuelas físicas como lesiones, bloqueos, problemas de alimentación o de la salud como hiperglucemia, taquicardia, mareos e hipertensión.

"A veces la víctima indirecta sufre más que la directa en el aspecto que mientras no se sabe del familiar, está sufriendo enormemente porque se piensan muchas cosas y se empiezan a imaginar las cosas más catastróficas... entonces todo esto le genera demasiada ansiedad, angustia, depresión, al pensar varios escenarios y que la mayoría de los escenarios que imaginan son los peores" (Participante 4).

Fase inicial de la atención psicológica

Durante el inicio de la atención psicológica, los participantes mencionan una serie de prácticas terapéuticas, las cuales pueden ocurrir en forma simultánea o secuencial. En primer lugar, establecen condiciones para el trabajo terapéutico, como promover la alianza terapéutica, mantener un buen *rapport* y comunicación con el paciente, ser empático, y facilitar el apego al tratamiento. Tales condiciones son generales y se realizan en el proceso de atención de otras problemáticas, pero también existen condiciones más específicas en la atención a víctimas del crimen organizado. En el ámbito privado los terapeutas pueden asistir al domicilio del paciente cuando este siente miedo de salir; mientras que en instituciones públicas donde se prioriza la atención jurídica, el profesional requiere invitar al paciente a que asista a atención psicológica.

En las primeras sesiones se emprende un proceso de evaluación diagnóstica. La entrevista se emplea como herramienta principal y más de la mitad de los participantes recurre a la aplicación de pruebas psicológicas. Los terapeutas elaboran el examen del estado mental, la historia clínica y el informe psicológico. Entre los aspectos que se evalúan se encuentran la estructura de personalidad, las áreas de funcionamiento donde existe un daño psicológico, el contexto psicosocial en el que está inmerso, así como los recursos con los que cuenta. La mitad de los participantes señalaron que en esta fase es importante dar oportunidad al paciente de expresarse y facilitar la descarga emocional, pues la violencia y el miedo generados por el delito limitan la expresión del sufrimiento.

"Lo dejo que pueda hablar, que pueda llorar, que pueda sacar toda su ansiedad, su enojo, molestia, su coraje, y que esto permita posteriormente que intervenga uno, para decir cómo se siente porque parece que finalmente salió adelante y dice 'sí, afortunadamente estoy vivo' y esto es algo que a ellos les hace sentirse bien sobre la experiencia que pasaron, que puedan narrarla, que puedan experimentarla y que se vean con vida aún" (Participante 1).

Respecto a los diagnósticos más frecuentes en este tipo de casos, el trastorno por estrés postraumático fue señalado por todos los participantes; este diagnóstico se encuentra principalmente en las víctimas directas de secuestro. Más de la mitad de los participantes mencionaron los trastornos depresivos, que son más comunes en las víctimas indirectas de homicidio o desaparición de un familiar. En la mitad de los casos, los participantes expresaron diagnosticar algún trastorno de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada y el ataque de pánico. Solo uno de los participantes hizo alusión al duelo patológico.

"Son síntomas, dependiendo en la etapa en la que lleguen, pero son síntomas de estrés postraumático como es reexperimentación, evitación, insomnio, pesadillas, flashback o sea, todos los síntomas del estrés postraumático" (Participante 2).

Se establecen diversas metas para el tratamiento de este tipo de casos. La mitad de los participantes refiere que su trabajo se enfoca en recuperar las fortalezas internas, como la confianza, la resiliencia, o identificarse como un sobreviviente. En menos de la mitad de los casos se refirió como meta la disminución de sintomatología, de índole cognitiva o emocional, además del nivel de activación y de ansiedad. Otras metas mencionadas fueron mejorar la calidad de vida del paciente y promover que retome su proyecto de vida. En la figura 1 se muestran las fases previa e inicial del proceso de atención psicológica.

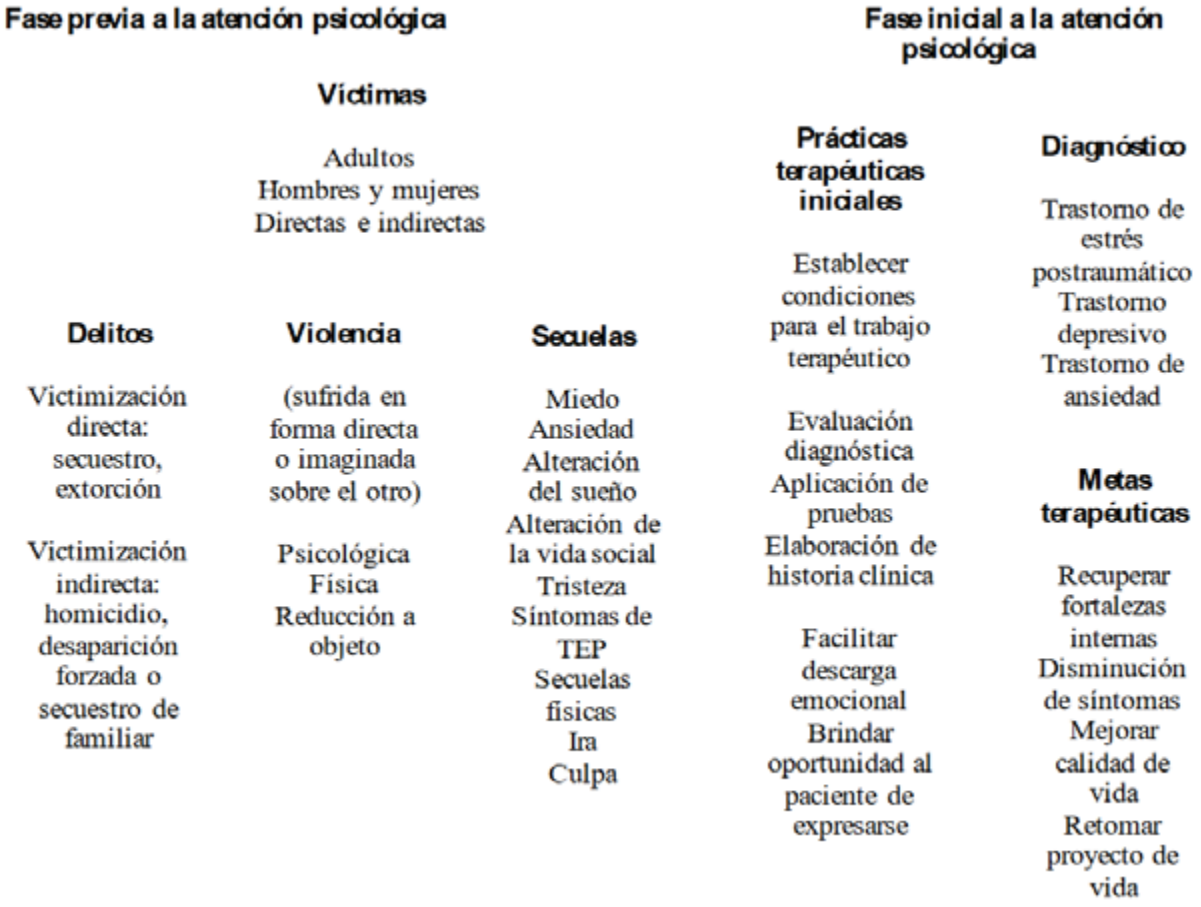

Figura 1. Fase previa y fase inicial del proceso de atención psicológica.

Fase de tratamiento

Durante esta fase no hay un abordaje común de este tipo de problemáticas, sino más bien diversas rutas en función del modelo terapéutico adoptado por los psicólogos. La mitad de los participantes refirió desarrollar su práctica terapéutica con base en el modelo cognitivo conductual. Emplean técnicas cognitivas, como ejercicios de concentración, imaginería, identificación de pensamientos nucleares, reestructuración cognitiva y detención del pensamiento. También recurren a técnicas de relajación como la respiración diafragmática o la relajación muscular progresiva. Además utilizan técnicas para favorecer la regulación emocional, entre las que se encuentran técnicas de automodulación de los afectos,

exposición, recuerdo agradable o escritura emocional.

Existe un pequeño grupo de participantes especializados en el manejo del trauma, que aplica el protocolo de la terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR). Solo dos participantes mencionaron que empleaban técnicas analíticas como la interpretación. En un solo caso se refirió que brindaban primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis, lo cual puede deberse a que la atención inicia en forma tardía. A pesar de que se atienden víctimas indirectas del homicidio de un familiar, solo dos participantes expresaron que llevan a cabo un manejo del duelo.

A través del proceso de tratamiento, los terapeutas pueden requerir la canalización del paciente hacia otros profesionales. La figura a la que se canaliza con mayor frecuencia es el psiquiatra, sobre todo cuando el proceso de tratamiento psicológico es insuficiente para disminuir la sintomatología. En menor medida, canalizan al paciente con otros psicólogos cuando consideran que no hay un avance en el proceso terapéutico. Los psicólogos que atienden en instituciones públicas, tienen mayor oportunidad de brindar una atención integral, pues además de canalizar al paciente con el psiquiatra, lo refieren con otros especialistas: personal médico y de enfermería, nutriólogos o asesores legales.

"Yo no estoy a favor de los medicamentos, pero me ha pasado cuando sí lo he referido, pocas veces, a valoración psiquiátrica es porque ya llevan mucho tiempo sin atención ni psicológica ni de ningún tipo y ya rebasaron muchas de sus áreas laboral, emocional, afectiva, todas ya rebasaron, ya tienen mucha disfuncionalidad en muchas áreas, entonces apenas con medicamentos se puede estabilizar" (Participante 4).

El proceso de atención provoca diversos tipos de reacciones en los terapeutas. Se encontró que existe una identificación con las víctimas, caracterizada por la empatía y la solidaridad con los pacientes, tener una sensibilidad hacia los casos que les afecta emocionalmente y les hace recordarlos constantemente, así como preocuparse por ellos y sentir incertidumbre ante una posible recaída.

La principal emoción sentida por los terapeutas es el miedo, que a su vez se manifiesta en sentirse inseguro, sentir paranoia y ser más precavido en su vida cotidiana. Menos de la mitad de los participantes expresó sentimientos de tristeza, dolor y desesperación, mientras que solo dos participantes señalaron sentir coraje e impotencia ante la situación del paciente. Cabe mencionar que la afectividad expresada por el terapeuta tiene una estructura similar a la percibida para el paciente: el miedo es el afecto central, seguido por la tristeza. El enojo se expresa en menor medida. Una emoción positiva mencionada por la mitad de los participantes fue la satisfacción, ligada específicamente a los logros del paciente durante el tratamiento.

"Miedo más bien, miedo de decir híjole, o sea estoy aquí a mí también me puede pasar ¿no?, o sea como más que eso yo creo que fue miedo, a mí me puede pasar" (Participante 3).

Ante las diversas reacciones suscitadas durante el proceso de atención, los terapeutas suelen trabajar para mantener su estabilidad emocional. Aceptan vivir con los riesgos de su profesión dentro de su contexto local, así como controlar su propia ansiedad y transmitir tranquilidad al paciente. También intentan conocer sus propios límites e identificar cuando no pueden trabajar con el paciente por cuestiones personales. Aunque menos de la mitad de los participantes expresó que el trabajo terapéutico con víctimas del crimen organizado los sitúa en riesgo de desgaste profesional o de un estrés postraumático secundario, solo en uno de los casos se reportó la aparición de síntomas como alteración del sueño e hiperactividad.

La mayoría de los profesionales recurre a estrategias para cuidar su propia salud. La principal estrategia consiste en asistir con un terapeuta, no solo dentro de un proceso personal, sino en un espacio de supervisión.

Ellos, también refirieron emplear diversas técnicas de autocuidado, como hacer ejercicio, alimentarse bien, facilitar una descarga de sus emociones, acudir a ambientes naturales para distraerse o reducir el número de casos que atienden. Finalmente, los participantes expresaron que intentaban no llevar los casos a su vida personal, lo cual implica el esfuerzo de no sobre-involucrarse emocionalmente, no hablar de los casos con otros, o no pensar que algo malo les va a pasar en su vida cotidiana.

"Lo mismo que ellos, por la escucha de toda la problemática empezaba con trastornos del sueño, hiperactividad, el estado de ánimo alterado en el sentido de enojarse uno muy fácilmente. Además todo lo que conllevaba la situación laboral, verdad?, que también te digo que igual uno no percibía tanta seguridad... una serie de situaciones, pero ya con los autocuidados, ya todo esto va" (Participante 2).

Debido a que en el contexto local se mantiene la violencia sistemática del crimen organizado y existen limitaciones por parte de las instituciones gubernamentales para brindar protección a la ciudadanía, los terapeutas requieren construir estrategias para su protección (física y/o legal). La mayoría de los participantes mencionó como estrategia "brindar seguridad al paciente", que abarca prácticas como la entrega de un consentimiento informado, el mantenimiento de la confidencialidad, así como asegurar al paciente que no será denunciado ni enjuiciado por el terapeuta.

La mitad de los profesionales emplea la estrategia denominada "no pedir detalles", lo cual implica no profundizar en la situación de violencia para no obtener alguna información relativa a la organización que cometió el delito y de sus integrantes, por temor a una posible represalia, en caso de saber que la víctima asiste a tratamiento. Pocos participantes tienen medidas de precaución como cuidar los horarios en que prestan sus servicios o contar con palabras clave para sus familiares que les permitan identificar si se trata de una extorsión o un secuestro.

"Pero también se le pide que no te abra más, o sea que no te diga nada de lo que lo pueda comprometer a él ni te pueda comprometer a ti saberlo, entonces no, no les pides detalles ni le pides que te diga absolutamente nada" (Participante 6).

Fase de cierre del proceso terapéutico

Solamente tres de los participantes expresaron prácticas vinculadas con el cierre del tratamiento. El término del proceso ocurre cuando el paciente se ha estabilizado y se realiza un trabajo de prevención de recaídas. Sin embargo, consideran que es necesario llevar a cabo un seguimiento del paciente y mantener abierto el espacio terapéutico en caso de una recaída. Especialmente cuando los pacientes deciden cambiar de ciudad, se promueve que continúen en tratamiento con un nuevo terapeuta.

"La persona a veces reacciona ante los hechos violentos, entonces empiezan con la sintomatología que es esperada ante lo que se está viviendo y pues lamentablemente en nuestra ciudad se están viviendo situaciones de delincuencia... damos un seguimiento después del alta por lo menos de dos ocasiones más. El seguimiento para ver cómo está la persona, porque…. bueno a mí me sucedió el hecho de que no podemos tener un periodo de seguridad" (Participante 4).

Existen diversos indicadores de avance en el proceso terapéutico. El indicador principal es la estabilidad emocional, que se manifiesta cuando el paciente siente mayor tranquilidad, fortaleza, seguridad, acepta su experiencia, y no hay depresión o ansiedad. La mayoría de los terapeutas señaló como indicador la recuperación de la funcionalidad, con lo que se refieren a retomar las actividades que disfrutaban, su vida normal y su proyecto de vida, tener logros personales y aprender a cuidarse a sí mismos.

Menos de la mitad de los participantes señaló como indicador la mejoría en el

http://doi.org/10.16888/interd.2020.37.1.14

dormir, puesto que es una secuela importante del delito sufrido. A su vez se mencionó la capacidad de reintegrarse socialmente, en el sentido de volverse a vincular con la familia y las amistades, o salir de casa. Incluso se indican cambios en la corporalidad, pues se fortalece el tono de voz o cuidan su imagen personal.

"Yo creo que es como cualquier otra persona que sufre una experiencia traumática, que con el tiempo y el apoyo correcto el paciente acepta su experiencia como una experiencia de vida y que pueda vivir con ella tranquilamente y disfrutando de su vida. No quiere decir con esto que lo olvide, no lo va a olvidar, pero que ese recuerdo no lo limite en su disfrute de las cosas" (Participante 8).

La Figura 2 muestra las fases de tratamiento y cierre de la atención psicológica, de acuerdo con el proceso de atención expuesto por los participantes.

Figura 2. Fases de tratamiento y cierre de la atención psicológica.

Limitaciones contextuales durante el proceso de atención

Los participantes identificaron dos tipos principales de limitaciones para la atención a víctimas del crimen organizado. Una de ellas está relacionada con sus propias necesidades como psicólogos para mejorar los servicios de salud mental que brindan. La mayoría de ellos mencionó la necesidad de capacitación especializada en atención a víctimas, lo cual no implica solamente entrenamiento, sino el contar con un protocolo o procedimiento específico para este tipo de casos.

La mitad de los participantes mencionó la necesidad de contar con mejores condiciones institucionales para la atención a víctimas, tales como brindar un espacio privado, un proceso de atención continua e integral, contar con supervisión y medidas de seguridad por parte de la institución. Dos de los participantes expresaron la necesidad de capacitación en materia legal.

Varios participantes identificaron barreras para el proceso de atención. En primer lugar señalan que un sector de las víctimas no busca atención psicológica, quizá por el estigma hacia la enfermedad mental, prefieren la autoatención o no se acercan a las instituciones por falta de confianza. También existen barreras institucionales que limitan la calidad de la atención, como el proceso de contratación de personal de salud mental y la verificación de que cumplan con el perfil para brindar atención; la falta de protocolos de tratamiento o limitaciones del sistema de atención.

Especialmente los profesionales de instituciones públicas mencionaron como barrera el hecho de que los pacientes acuden a los centros de atención por otros motivos, ya que su prioridad son intereses legales o el regreso de su familiar en caso de secuestro o desaparición, más que un fin terapéutico. A su vez se mencionó como barrera, la interrupción del proceso terapéutico por parte de los pacientes, sobre todo cuando deciden mudarse de domicilio por miedo a que vuelvan a pasar por la misma situación o porque siguen siendo amenazados por miembros del crimen organizado.

Un participante consideró la situación de inseguridad como otra barrera para la atención. Vivir en un contexto donde los ciudadanos están vulnerables ante el crimen organizado, no solo genera en el terapeuta una sensación de amenaza y temor de sufrir lo mismo que le ocurrió al paciente, sino que los pacientes pueden recaer porque en el ambiente ocurren sucesos violentos que le recuerdan la violencia sufrida previamente.

"Las personas que he visto han venido a trabajar terapéuticamente y yo creo que el 50 % de ellos ha decidido irse de la ciudad, ¿sí? emigrar a otro lado, o sea me lo manifiestan así, me voy a una ciudad grande, a perderme para que ya no me encuentren" (Participante 1).

Discusión

Los profesionales de salud mental que laboran en contextos con altos niveles de violencia por parte del crimen organizado, atienden especialmente a víctimas directas de secuestro y extorsión, y a víctimas indirectas de homicidio violento y desaparición forzada. Aunque las cifras de homicidio y desaparición forzada son mayores en Tamaulipas (SESNP, 2017a y 2017b), en el estudio se reportó una mayor frecuencia de atención a víctimas directas de secuestro. Si bien es posible que esto se deba a la intensidad de la sintomatología sufrida por la víctima directa, también puede estar asociado a la desconfianza de los familiares hacia las instituciones al estar inmersos en un contexto de impunidad (Navia y Ossa, 2003) y el temor a vivir represalias por parte del crimen organizado.

Las víctimas atendidas sufren actos de violencia física y psicológica. Las secuelas principales son el miedo, la ansiedad y la alte-

ración del sueño, lo cual no solo alude a la vulnerabilidad que experimentan los pacientes, sino a la pérdida de confianza en el mundo. La tristeza, desesperanza y depresión corresponde a otro tipo de secuelas que representan una pérdida de sentido y del placer de vivir, sobre todo sufrida por las víctimas indirectas cuyo familiar ha muerto o se encuentra desaparecido. Además experimentan un deterioro de su salud en tales condiciones de malestar emocional y una alteración de su vida social, tal como se ha reportado en estudios previos (Alexander y Klein, 2009; Salgado-Villegas, 2010).

El diagnóstico más común es el de TEP, seguido de trastornos depresivos y de ansiedad, lo cual concuerda con estudios previos que señalan una alta prevalencia de este tipo de trastornos en víctimas directas (Favaro et al., 2000) o indirectas (Heeke et al., 2015). Sin embargo, es importante señalar la ausencia del diagnóstico de trastorno por duelo prolongado, especialmente en víctimas indirectas de homicidio violento, o el abordaje de la desaparición forzada como una pérdida ambigua, en donde el familiar se encuentra ausente físicamente, pero presente psicológicamente (Boss, 2016). Aunque se atendían con mayor frecuencia casos de víctimas directas de secuestro y las víctimas indirectas, que también pueden presentar sintomatología de TEP, se hizo alusión con poca frecuencia al trabajo de duelo y no se mencionaron abordajes específicos para la pérdida ambigua. Esto indica la necesidad de contar con una mayor gama de herramientas terapéuticas y verificar si el diagnóstico de TEP es el más pertinente, especialmente en víctimas indirectas de homicidio y desaparición forzada.

Los psicólogos que participaron en el estudio pueden clasificarse en dos tipos: generales y especializados en la atención de situaciones traumáticas. A pesar de las diferencias en su orientación terapéutica, en el inicio de la atención llevan a cabo prácticas similares: establecer condiciones para la terapia, evaluación diagnóstica, brindar contención emocional y facilitar que el paciente pueda narrar su experiencia. El tratamiento parece estar más dirigido a la disminución de la sintomatología y la recuperación de la estabilidad emocional. No obstante, Pérez-Sales et al. (2000) han señalado que un diagnóstico y tratamiento individual ocultan el origen social del sufrimiento, se oscurece la responsabilidad del Estado y se limitan las posibilidades de un tratamiento psicosocial que involucre los recursos de la comunidad.

Durante el proceso de atención, los terapeutas se identifican con las víctimas. Predomina el miedo, seguido de la tristeza y del coraje. Prevalecen las reacciones emocionales, sobre los cambios cognitivos y las alteraciones de la vida social, que mencionan Collins y Long (2003). Por ello realizan un trabajo para mantener la estabilidad emocional ante el paciente durante las sesiones y emplean estrategias como asistir con un terapeuta, no llevar los casos a su vida personal y técnicas de autocuidado en términos de ejercicio, distracción, relajación y reducción de la carga de trabajo. Estos hallazgos son similares a los reportados por Cohen y Collens (2013), aunque en su metasíntesis identificaron reacciones somáticas y malestar psicológico cambios cognitivos en la forma de ver el mundo, el sí mismo y la vida cotidiana, así como una gama amplia de estrategias como el apoyo informal, la espiritualidad y el optimismo.

En otros estudios se ha encontrado la presencia de estrés postraumático secundario en personal de salud mental que atiende a víctimas de situaciones traumáticas (Finklestein et al., 2015; Makadia, Sabin-Farrell y Turpin, 2017), pero en el presente estudio solo uno de los participantes mencionó experimentar síntomas. Esto puede deberse a las estrategias empleadas para su cuidado emocional, pero también al hecho de que la mayoría de los participantes tenía una leve exposición a casos de víctimas del crimen organizado, y quienes tenían una mayor carga de trabajo contaban con capacitación especializada para el manejo de este tipo de casos, lo

cual disminuye el riesgo de aparición de sintomatología en el personal de salud (Makadia et al., 2017).

Se identificaron diversas dificultades en el proceso de atención. Una es que el nivel de sintomatología y el deterioro en la calidad de vida del paciente favorecen su canalización con el psiquiatra. Otra dificultad es que los pacientes pueden interrumpir el proceso porque se sienten amenazados por el contexto de violencia y prefieren mudarse de ciudad. Asimismo, la presencia continua de sucesos violentos en la localidad impide contar con un periodo de seguridad, por lo que dichos sucesos pueden precipitar recaídas. En este contexto, los psicólogos emplean diversas estrategias para protegerse de la violencia: no pedir detalles, cuidar los horarios de atención y avisar a otros, sobre todo cuando atienden un caso que implica un riesgo para su seguridad.

Los participantes, especialmente quienes laboran en instituciones públicas, refieren necesidades en términos de capacitación y supervisión, tal como se ha señalado previamente por Priest, Dunn, Hackett y Wills (2011). Podrían beneficiarse de la implementación de intervenciones grupales en crisis como práctica institucional, ya que tienen una eficacia moderada en la reducción de sintomatología en el personal (Everly, Boyle y Lating, 1999). A su vez, mencionaron la necesidad de un apoyo organizacional (Cohen y Collens, 2013): mejorar condiciones de privacidad y seguridad, así como los procedimientos de atención y asegurar que la atención sea continua e integral. Algunos participantes indicaron que existen víctimas que no acuden a tratamiento por diversos motivos: el rechazo a la atención psicológica, la desconfianza hacia las instituciones del Estado y priorizar aspectos como la atención jurídica o la recuperación de su familiar.

Una limitación del estudio ha sido el acceso a personal de salud con una exposición leve a moderada al trabajo con víctimas y que se ha enfocado a la atención en un contexto urbano. En futuros estudios se recomienda que se establezcan comparaciones en los procesos de atención de víctimas directas e indirectas, así como incorporar las voces de los pacientes para ampliar la mirada sobre el proceso de atención, incluyendo a las víctimas que no asisten a los servicios de salud mental para comprender sus motivos y estrategias de autoatención disponibles en su contexto sociocultural. Finalmente, se sugiere que las instituciones de salud brinden condiciones de trabajo e intervenciones apropiadas para el cuidado de sus profesionales, como una política institucional más que un esfuerzo aislado e individual de cada terapeuta.

Referencias bibliográficas

Alexander, D. y Klein, S. (2009). Kidnapping and hostage-taking: a review of effects, coping and resilience. *Journal of the Royal Society of Medicine,* 102, 16-21. http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.2008.080347

Boss, P. (2016). The context and process of theory development: the story of ambiguous loss. *Journal of Family Theory & Review, 8*(9), 269-286. http://dx.doi.org/10.1111/jftr.12152

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis.* California: Sage.

Cohen, K. y Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A meta-synthesis on vicarious trauma and vicarious trauma growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(6), 570-580. http://dx.doi.org/10.1037/a0030388

Collins, S. y Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers - a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(4), 417-424. http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x

Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y Justicia Penal. (2018). *Metodología del ranking (2017) de las 50 ciudades más violentas del mundo.* México: Autor. Recuperado de http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/biblioteca/

prensa/send/6-prensa/242-las-50-ciudades-mas-violentas-del-mundo-2017-metodologia

Denzin, N. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods.* New York: Praeger.

Everly, G., Boyle, S. y Lating, J. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: a meta-analysis. *Stress medicine*, *15*(4), 229-233. http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199910)15:4%3C229::AID-SMI818%3E3.0.CO;2-M

Favaro, A., Degortes, D., Colombo, G. y Santonastaso, P. (2000). The effects of trauma among kidnap victims in Sardinia, Italy. *Psychological Medicine, 30*(4), 975-980. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799001877

Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I. y Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work, 40*(2), 25-31. http://dx.doi.org/10.1093/hsw/hlv026

Flores, R., Reyes, V. y Reidl, L. (2012). Síntomas de estrés postraumático en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico. *Suma Psicológica*, *19*(1), 7-17. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1342/134224283001.pdf

Heeke, C., Stammel, N. y Knaeverlsrud, C. (2015). When hope and grief intersect: rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia. *Journal of Affective Disorders*, *173*(1), 59-64. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.038

Hyemin, J., Valencia, S., Rodríguez, C., Preciado, L. y Soltero, R. (2013). Ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la zona metropolitana de Guadalajara. *Revista Waxapa*, *1*(8), 31-48. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2013/wax138c.pdf

Makadia, R., Sabin-Farrell, R. y Turpin, G. (2017). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: secondary traumatic stress or vicarious traumatization? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(5), 1059-1068. http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2068

Navia, C.E. y Ossa, M. (2003). Family functioning, coping, and psychological adjustment in victims and their families following kidnapping. *Journal of Traumatic Stress, 16*(1), 107-112. http://dx.doi.org/10.1023/A:1022023730711

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *El estado de la delincuencia y la justicia penal en el mundo.* Doha: Autor. Recuperado de http://www.un.org/es/events/crimecongress2015/pdf/Factsheet_2_The_State_of_Crime_ES.pdf

Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad. (2016). *Incidencia de los delitos de alto impacto en México 2016*. México: Autor. Recuperado de http://onc.org.mx/wp-content/uploads/2017/06/170629VERSI%C3%93N_digital_FINAL_VF.pdf

Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad. (2018). *Reporte sobre delitos de alto impacto. Enero 2018*.México: Autor. Recuperado de http://onc.org.mx/wp-content/uploads/2018/04/Enero-18.pdf

Osorno, D.E. (2012). *La guerra de Los Zetas. Viaje por la frontera de la necropolítica.* México: Penguin Random House.

Pérez-Sales, P., Durán-Pérez, T. y Bacic, R. (2000). Long-term psychosocial consequences in first-degree relatives of people detained-disappeared or executed for political reasons in Chile. A study in Mapuce and non-Mapucepersons. *Psicothema*, 12,109-116. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/404.pdf

Priest, P., Dunn, C., Hackett, J. y Wills, K. (2011). How can mental health professionals best be supported in working with people who experience significant distress? *Journal of Mental Health, 20*(6), 543-554. http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.577115

Salgado-Villegas, V.J. (2010). Creencias y conductas irracionales presentes en familiares y víctimas de secuestro y extorsión. *Revista Criminalidad, 52*(2), 33-54. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v52n2/v52n2a03.pdf

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2017ª). *Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión 2017*. Recuperado de http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/victimas/Victimas2017_092017.pdf

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2017[b]). *Registro Nacional de Datos de Personas Extraviadas o Desaparecidas, RNPED.* Recuperado de https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/registro-nacional-de-datos-de-personas-extraviadas-o-desaparecidas-rnped

Tapias, A. (2006). Estrés postraumático en policías y militares de grupos especializados en secuestro. *Hallazgos*, *32*(6), 121-130. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835165008.pdf

Valdés, G. (2017). La senda del crimen. *Nexos, 39*(469), 68-73. Recuperado de https://www.nexos.com.mx/?p=30864

Yam, H. A. y Trujano, P. (2016). Condiciones del cautiverio y significados construidos del secuestro extorsivo económico, desde la narrativa de los sobrevivientes. *Revista Criminalidad, 58*(3), 37-47. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n3/v58n3a04.pdf

Recibido: 27 de abril de 2018
Aceptado: 14 de abril de 2020