



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**Facultad de Psicología**

**“Atención psicológica vía telefónica en casos de crisis en mujeres que viven violencia física por parte de su pareja”**

**TESINA**

**Que para obtener el título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Presenta**

**AIDA RODRÍGUEZ CORTÉS**

**Directora de tesina:**

**Dra. Claudette Dudet Lions.**

**Sinodales:**

**Dra. María del Carmen Merino Gamiño**

**Lic. Jorge Álvarez Martínez**

**Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez**

**Mtra. Yolanda Bernal Álvarez**

**Ciudad Universitaria, D.F.**

**Septiembre del 2010**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Agradecimientos

Escribir esta página represento casi mi principal motivación para llevar a la realidad este trabajo tantas veces pospuesto..., reconozco:

A mí, que en momentos de diversas crisis, resignifico y tomo como oportunidad el terminar mi licenciatura y con el tema mismo deseo terminar un ciclo profesional y abrirme la puerta para mayores retos.

Reconozco y agradezco a:

A mi esposo, a ti Fran, amor de mi vida, la naranja que rueda a mi lado. Agradezco y aprecio el enorme amor y apoyo que me has dado todos estos años; deseo seguir construyendo mi vida con tu hermosa presencia junto a mí. Te he amado con todo lo que yo soy.

A Ximena, la familia que literalmente acabo de generar. Hermosa Ximenena: *Vos sabes que Te esperaba*, desde hace mucho tiempo. Tú tienes todo lo mejor que pueda darte de mí, te amo.

A mis padres, Rosa y Domingo por su amorosa presencia, ustedes son fundamentales en mi vida. Agradezco a ustedes también el apoyo moral y económico que me han brindado a lo largo de los años. Siempre recuerdo mi infancia con una sonrisa, obra enteramente suya.

A mis hermanos, Rosi y Tavo. Siempre han sido unos magníficos hermanos mayores, gracias por su presencia en todo momento de mi vida; sé y sé que saben que podemos contar uno con el otro. Tienen todo mi respeto y profundo amor.

A mis padres y hermanos, principalmente les agradezco el haberme brindado una familia constante, no saben lo que ha significado para mí en mi desarrollo personal y profesional.

A mí cuñado Pablo que respeto y quiero; a mis sobrinos Aarón y Ángel que me han enseñado que con los niños se educa educándonos y divirtiéndonos.

A mi familia extensa y política,

A los amigos del pasado y del presente,

A mi terapeuta por ser espejo de mi deseo,

A mi directora de tesina, Claudette Dudet por su constante apoyo en la realización de este proyecto, a la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología, a la Facultad de Psicología y por supuesto a la grandiosa Universidad Nacional Autónoma de México.

A SAPTEL-Cruz Roja Mexicana, Ecosistemas Emocionales S.C., MexFam S.C. e ICAS-México por permitirme laborar con ustedes y definir lo que deseo de mi profesión.

A aquellos profesionales de la salud mental que me he encontrado en este corto camino pero que han dejado una huella importante en mi vida, gracias por enseñarme lo que significa, en esta profesión, interesarse en crecer.

Al futuro...

# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 1. Intervención psicológica en casos de crisis</b>	
1.1	Definiciones de crisis..... 11
1.2	Tipos de crisis..... 16
1.3	Intervención psicológica en crisis..... 19
1.3.1	Antecedentes de la intervención en crisis..... 20
1.3.2	Técnicas de intervención..... 23
<b>Capítulo 2. Intervención psicológica vía telefónica en casos de crisis</b>	
2.1	Antecedentes..... 30
2.2	Efectividad de la terapia telefónica..... 33
2.3	Características de la atención psicológica por teléfono..... 36
2.4	Proximidad temporal entre la crisis emocional y la intervención psicológica..... 37
2.5	Perfil del usuario de las líneas telefónicas de atención psicológica..... 38
2.6	Perfil del terapeuta telefónico..... 40
<b>Capítulo 3. Violencia física en la pareja</b>	
3.1	Aspectos generales y definiciones de violencia..... 46
3.2	Tipos de violencia..... 51
3.2.1	Parejas que pelean violentamente..... 53
3.2.2	Síndrome de la pareja golpeada..... 55
3.3	Consecuencias de la violencia física en la pareja..... 56
3.3.1	Estrés Postraumático..... 60
3.4	Ciclo de la violencia..... 63
3.5	Plan de emergencia..... 66

## **Capítulo 4. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)**

4.1	Aspectos generales de la TCC.....	68
4.2	Antecedentes de la TCC.....	69
4.3	Principios de la TCC.....	71
4.4	Objetivos de la TCC.....	74
4.5	Actitudes racionales.....	76
4.6	Guía de técnicas de intervención.....	77
4.7	La relación terapéutica.....	79
	<b>Conclusiones.....</b>	<b>83</b>
	<b>Referencias.....</b>	<b>89</b>

## **Resumen**

En este trabajo se revisan los diferentes conceptos acerca de los antecedentes, usos, beneficios y técnicas de la corriente psicológica denominada Intervención en Crisis, en otro de los capítulos retomaremos los conceptos de la Intervención en Crisis específicamente de la intervención que se hace vía telefónica con usuarios que están viviendo una crisis emocional, sus beneficios, el perfil tanto de los usuarios de dos líneas en México y del perfil del psicólogo que las atiende. Se revisan también las definiciones, estadísticas, tipos de violencia y consecuencias de la violencia física, específicamente en Estrés Postraumático, por último se exponen los antecedentes, principios y objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual como una alternativa de tratamiento psicológico para personas que han vivido violencia y que son susceptibles de ser atendidos vía telefónica.

## Introducción.

El objetivo del presente trabajo es analizar los antecedentes teóricos de la intervención psicológica en casos de crisis, particularmente de la intervención psicológica vía telefónica, así como exponer los principios de la Teoría Cognitivo-Conductual aplicables a los casos de mujeres que viven violencia física en su relación de pareja.

Para ello, en el primer capítulo, se revisaron las definiciones de las crisis que son peligro y oportunidad; se caracterizan por un cambio imprevisto, que puede suceder en cualquier ámbito humano o de la naturaleza y que conducen a un desequilibrio emocional, cognitivo y conductual. Pueden tener repercusiones positivas o negativas, dependiendo de la gravedad, los recursos personales y la red de apoyo que posea la persona. Después del evento que desencadena la crisis, se activan las conductas de enfrentamiento que al principio pueden ser desadaptativas y generan una nueva crisis al sentirse ineficiente para sobrellevar el evento principal. Cuatro eventos pueden suceder entonces: reducirse la amenaza externa, tener éxito en alguna estrategia de enfrentamiento, redefinir el problema o renunciar a metas inalcanzables o si ninguno de los anteriores sucede se produce una desorganización emocional grave. Resolver una crisis adaptativamente se refiere a que la persona pueda ser capaz de otorgarle a la crisis un lugar dentro de su vida.

La Intervención en Crisis cumple con la función de influir positivamente en el funcionamiento psicológico durante el periodo de desequilibrio, reactivando las capacidades latentes y manifiestas así como las redes sociales de las personas afectadas, preservando la salud física y mental, actuando a nivel preventivo de un trauma mayor como el Estrés Postraumático. La manera en que lo logra inicialmente es estando disponible las 24 horas los 365 días del año.

Inicialmente los centros de intervención en crisis dedicaban sus esfuerzos a la prevención del suicidio pero rápidamente ampliaron los motivos de consulta atendiendo así las crisis emocionales en general. Actualmente son parte del sistema de salud de cualquier país.

Se considera que sólo es necesaria una sesión para la intervención primaria, pudiendo llevar ésta de minutos hasta horas; la meta primordial es restablecer el

enfrentamiento efectivo inmediato, dar apoyo de contención, reducir la mortalidad y enlazar a la persona en crisis con los recursos profesionales de ayuda. La intervención en segunda instancia es un proceso terapéutico breve que se encamina a la resolución de la crisis, de manera que el incidente se integre a la trama de la vida e incluso mejor preparado para encarar el futuro.

En el segundo capítulo se concluyó que difícilmente un país cuenta con la capacidad de atender las emergencias emocionales de la manera tradicional, cara a cara y por tanto, los servicios telefónicos han beneficiado a los usuarios que requieren dicha atención. Dichos servicios han extendido sus servicios brindando atención psicológica, legal, médica, financiera, nutricional y de servicios en general.

Dentro de los beneficios que ofrece, en específico la atención psicológica vía telefónica que tuvo sus inicios en 1906, se pueden nombrar el bajo costo que el servicio representa, elimina las barreras de desplazamiento, la flexibilidad de horarios para ser atendidos y la prevención de un trastorno mayor.

En México los pioneros de este tipo de servicios son CIJ (Centros de Integración Juvenil) en 1970 y SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico, Consejo e Intervención en Crisis por Teléfono) en 1985, siendo el último el primero que integra en la línea únicamente a pasantes o licenciados en psicología para brindar la atención. Dentro del ámbito privado las empresas han reconocido la ventaja económica que representa invertir en el desarrollo personal de sus empleados y han contratado Programas de Apoyo al Empleado donde el principal contacto es vía telefónica y se trabaja con aspectos tanto personales como laborales que afectan el desempeño laboral del trabajador.

Acerca de la efectividad de la intervención psicológica vía telefónica se ha reportado que los usuarios manifiestan la misma satisfacción acerca de ambos servicios y percibieron alguna mejora en su vida con cualquiera de los dos servicios. Algunas de las características positivas para los usuarios son: anonimato, control sobre el proceso, privacidad, accesible en tiempos y costos. A los usuarios que tuvieron mayor número de problemas emocionales les fue menos útil el servicio telefónico y aquellos que gustan de ver al terapeuta.

La principal ventaja está definida por la relación existente entre el evento crítico y el tiempo de la intervención; a menor tiempo entre el evento y la intervención menor daño emocional para el paciente.

El perfil de los usuarios de las líneas de atención psicológica en dos instituciones mexicanas, una pública y una privada fue el mismo: mujeres de entre 20 y 30 años, de nivel económico medio o bajo, con estudios de preparatoria o profesional, su motivo de consulta principal fue relacionado a trastornos interpersonales. Las instituciones mencionadas solo difirieron en cuanto al estado civil.

El perfil del Terapeuta Telefónico debe contener algunas habilidades básicas que le permitirán hacer una evaluación e intervención adecuada, dentro de estas se encuentran: interés por el usuario, ser objetivo con respecto a los tratamientos previos, desarrollar la escucha activa, habilidad para delimitar la problemática y situarla en el presente, determinar la dinámica presente y poner en acción las medidas acertadas, proporcionar información veraz y actualizada, asertividad, hábil para fijar límites, flexibilidad, tener experiencia necesaria para poder evaluar el estado mental del usuario, el riesgo de suicidio y la motivación para el cambio y un llevar un proceso terapéutico personal o supervisión continua.

En el tercer capítulo se habla del tema de la violencia de pareja, al respecto en el 2006 en México 35% de las mujeres que vivían en pareja reportaron algún episodio de violencia sufrido en el año anterior, por parte de su pareja (ENDIREH, 2008). Aunque la violencia puede existir hacia cualquier persona proveniente de cualquier otra persona, en lo general y también en el presente trabajo, se habla de la violencia hacia la mujer proveniente de un hombre, específicamente su pareja ya que forma la generalidad en cuanto a la violencia intrafamiliar.

Ramírez y Uribe (en San Pedro, 2008) se refieren a los términos “maltrato” o “violencia” cuando existe un comportamiento de una persona (familiar o no) que tiene la intención de causar directamente un daño físico y/o emocional a las personas. La violencia puede ocasionar un estado de crisis en las personas afectándolas a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, pero si bien afecta de manera individual a la persona que la padece, deberá entenderse como un fenómeno estructural con repercusiones sociales múltiples.

Se ha reportado en diversos estudios algunas generalidades de la violencia como: que la violencia proveniente de familiares es tan grave o más que la que proviene de extraños, que los agresores no exhiben patología diagnosticable, que el consumo del alcohol o alguna droga exagera la violencia pero no la genera, que la mayor parte de las parejas viven violencia en algún momento y que esta puede estar presente desde el noviazgo, que son 10 años promedio lo que una persona

permanece en una relación violenta y que el fin de ésta generalmente está determinado por la intervención de un hijo.

El perfil de mujer que es violentada es aquella con antecedentes de violencia en su infancia, que vive en un ambiente urbano, jóvenes, que viven en condiciones de hacinamiento, con niveles menores de instrucción, que trabajan fuera de casa, pertenecientes a clases socioeconómicas bajas y que tiene un conocimiento pobre o nulo de equidad de género.

Una característica de la violencia física es la que permite atenderla de manera específica en este trabajo y es su carácter público, es decir: dado que la persona queda evidenciada se espera que haga algo y esto conduce fácilmente a una crisis al no saber cómo proceder.

Dentro de la violencia física en el ámbito de lo familiar existen dos tipos de violencia en la pareja: las parejas que pelean violentamente (ambas parten generan violencia generalmente por intenciones encubiertas de querer mejorar la relación) y aquellas a las que se les ha dado el nombre de Síndrome de la pareja golpeada (en estas parejas generalmente es una de las partes quién genera la violencia). Acerca de las consecuencias de la violencia física se encuentran factores relacionados con la afectación en su conducta, su salud mental, su salud física, en sus relaciones interpersonales, en sus pensamientos y creencias, en su vida sexual y laboral. El tipo de violencia que produce síntomas de estrés postraumático es aquella donde la vida se ve en peligro, real o percibido; los síntomas de estrés postraumáticos pueden por sí mismos conformar un cuadro clínico que es necesario que se atienda de manera independiente a la violencia ya que estos síntomas pueden evolucionar hasta volverse un padecimiento psiquiátrico. La intervención oportuna tiene un gran peso al no permitir el paso a las secuelas postraumáticas crónicas.

Corsi ha descrito un círculo de la violencia cuando la dinámica de pareja repite un patrón de comportamientos que permite la violencia, consta básicamente de tres fases: fase de acumulación de tensión, explosión violenta y "luna de miel". El camino hacia la violencia viene asfaltado por miles de pequeños abusos racionalizados y negados, entrenados desde la familia de origen que lo permite.

Víctimas y generadores de violencia requieren atender las razones psicológicas que los llevan a permanecer dentro de esta dinámica violenta, la Terapia Cognitivo Conductual como una de las opciones terapéuticas para trabajar vía telefónica con

personas que han vivido violencia física. Sus principales fundamentos y características son expuestas en el capítulo cuatro.

La corriente Cognitivo Conductual dentro del campo de la psicoterapia es de relativa reciente incorporación y ha despertado interés entre los clínicos porque su principal material de trabajo son los pensamientos y emociones, son susceptibles de evaluación, maneja un lenguaje comprensible, requiere menor tiempo de formación y representa una ventaja desde el punto de vista funcionalidad-costo-duración.

# Capítulo 1.

## Intervención psicológica en casos en crisis

*“Necesito que alguien me escuche...”*

*Usaria de una línea de atención psicológica vía telefónica*

### 1.1 Definición de crisis

Las raíces semánticas de la palabra *crisis* revelan conceptos que son ricos en significado psicológico: el término chino de crisis (*weiji*) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad que ocurren a un mismo tiempo (Wilhelm, 1967 en Slaikeu, 1996). La palabra inglesa se basa en el griego *krinein*, que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento y un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott, 1968 en Slaikeu, 1996).

Caplan en 1964 hizo énfasis en su definición de crisis en que es un trastorno emocional y un desequilibrio, además de un fracaso en la solución de problemas. Tapin en 1971 subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su “mapa cognoscitivo” para manejar situaciones nuevas y dramáticas (Slaikeu, 1996).

Para Gómez del Campo (en Isaías, 2008), una crisis es una combinación de situaciones de riesgo que en la vida de una persona coinciden con su desorganización psicológica y su necesidad de ayuda.

Para Slaikeu (1996, p. 30) una crisis “es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.

Noesner (en Castro, 2008, p.12) la describió así: “la crisis psicológica se presenta en una situación difícil de resolver, el individuo se encuentra frágil, presenta un desequilibrio de sentimientos y emociones, donde la razón y la lógica se encuentran quebrantadas, en la crisis se puede desarrollar la madurez o deteriorar la personalidad”.

Para Erickson (en Castro, 2008) la crisis contiene un potencial de crecimiento y desarrollo, así es que presenta un riesgo y a la vez una oportunidad. Una crisis en un punto crítico en el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación, y una mayor diferenciación. Tal definición va enfocada a la crisis del desarrollo, pero diversos autores como Rubin y Blonch (2001) y Slaikeu (1996) consideran que se aplica también a las crisis circunstanciales.

Una crisis entonces, está caracterizada por:

1. Un cambio, este puede suceder de manera imprevista o planeada,
2. Puede ocurrir en cualquier ámbito del ser humano o en la naturaleza,
3. Conduce a un estado de desequilibrio emocional, cognitivo y conductual y
4. Tiene la posibilidad de que ese cambio tenga repercusiones positivas o negativas para quién lo vive, las variables para que suceda lo uno u lo otro principalmente son tres:

- la gravedad del suceso que da lugar a la crisis,
- los recursos personales con los que cuenta el sujeto y
- los contactos sociales y el tipo de apoyo que se pueda obtener durante el evento crítico. Slaikeu hace referencia a que las personas que han vivido un evento crítico que las coloca en una crisis se benefician de tener un primer contacto con alguna red social como puede ser la pareja, abogado, amistad, sacerdote, profesional de la salud que le asista ya sea escuchando, orientando, conteniendo, brindando atención médica, legal, etc., y que le ayude al sujeto a reajustar las emociones que fueron desestabilizadas.

Existe una Teoría de las Crisis de Caplan (en Slaikeu, 1996) que contiene principios empíricos basados en el concepto de homeostasis, un estado de relativa estabilidad psicosocial. Caplan identifico los siguientes elementos como

característicos de las crisis: sucesos precipitantes, la clave cognoscitiva, desorganización y desequilibrio, vulnerabilidad y reducción de las defensas, trastorno en el enfrentamiento y límites de tiempo.

Sucesos precipitantes. Las crisis tienen comienzos identificables. Ya sean las crisis circunstanciales o de desarrollo. Generalmente el significado que la persona le otorga al evento es lo que determina si tal suceso desatará o no una crisis. Nowak (en Slaikeu, 1996) sugiere que el impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimientos para el desarrollo.

La clave cognoscitiva. Taplin (en Slaikeu, 1996) sugirió que es la personalidad o la historia del sujeto lo que determina la crisis. Rapaport (en Slaikeu, 1996) explicó que un evento que puede generar una crisis puede ser percibido de tres maneras: como una amenaza a la integridad física o emocional, como una pérdida de una persona o habilidad y como un reto que hay que superar. Una crisis entonces puede afectar en varios niveles la vida de una persona: a nivel de pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

Desorganización y desequilibrio. Es obvio que un trastorno emocional se precipita cuando una persona se encuentra en crisis. Halpern (en Slaikeu, 1996) definió de manera empírica los síntomas significativos que presentan la gente que presenta una crisis:

1. sentimiento de cansancio y agotamiento.
2. sentimientos de desamparo
3. sentimientos de inadecuación
4. sentimientos de confusión
5. síntomas físicos
6. sentimientos de ansiedad
7. desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales
8. desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares
9. desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales
10. desorganización en sus actividades sociales.

Vulnerabilidad y reducción de las defensas. La desorganización que caracteriza un estado de crisis suele dejar a las personas vulnerables, pueden ser sugestionadas con facilidad. Esta vulnerabilidad y la consecuente reducción de sus defensas permiten la oportunidad de cambio o el peligro de dar lugar a un estado patológico;

de ahí radica la funcionalidad de la intervención en crisis que permite convertir el peligro en oportunidad.

Trastorno en el enfrentamiento. Caplan (en Slaikeu, 1996) resume siete características de enfrentamiento efectivo:

1. explorar activamente conflictos reales y buscar información,
2. expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración,
3. pedir ayuda activamente a otros,
4. descomponer los problemas en fragmentos manejables y trabajar uno a la vez,
5. estar consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos por seguir adelante en tantas áreas del funcionamiento como sea posible,
6. controlar los sentimientos (aceptándolos cuando sea necesario), ser flexible, estar dispuesto a cambiar y
7. confiar en sí mismo y en otros y tener un optimismo básico sobre los resultados por venir.

Límites de tiempo. Hay límites de duración de una crisis pero este depende de diversos factores, uno de ellos son la severidad y duración del evento que conduce a una crisis. Algunos autores incluyendo a Caplan, consideran pertinente hacer una distinción entre el restablecimiento del equilibrio y la resolución de la crisis; el desequilibrio es lo que está limitado en el tiempo ya que generalmente la conducta desadaptativa, las emociones y las enfermedades somáticas se recuperan aproximadamente dentro de las seis semanas posteriores al evento. Una intervención tendría el objetivo de que se resuelva en un tiempo no determinado pero de una manera constructiva.

Las personas que atraviesan por una crisis, pasan por etapas progresivas que Caplan (en Slaikeu, 1996) describió así:

1. Después del suceso que desencadena una crisis, se eleva la tensión que da lugar a las conductas de enfrentamiento.
2. Tras la posible falta de éxito de las primeras respuestas de enfrentamiento, se incrementa aún más la tensión, los sentimientos de trastorno e ineficiencia.
3. En este punto la crisis puede tomar diferentes rumbos como: reducirse la amenaza externa, tener éxito en alguna estrategia de enfrentamiento, redefinir el problema o renunciar a metas inalcanzables.

4. Si ninguna de las opciones anteriores suceden, puede suceder una desorganización emocional grave.

Otro autor, Horowitz (en Slaikeu, 1996) también hace una descripción de las fases que se atraviesan a través de una crisis, él contempla 5 pasos:

1. Desorden, una reacción emocional inicial como el llanto, la angustia, gritos, lamentos.
2. Negación, cumple la función de amortiguar el impacto, puede acompañarse de un entorpecimiento emocional o conductual.
3. Intrusión. Es la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso como pesadillas, recuerdos, preocupaciones, etc.
4. Traslaboración o resignificación. Es el proceso en el que se expresan, identifican y hablan de pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de la crisis.
5. Terminación. Es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo, en esta etapa la reorganización está establecida o en proceso de hacerlo.

Acerca de la resolución de una crisis, Viney (en Slaikeu, 1996) sugiere que además de la restauración del equilibrio, deberá existir un dominio cognoscitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, que incluyen cambios en la conducta y el uso apropiado de los recursos externos, es decir cuando el suceso de crisis quede integrado como un suceso de vida y la persona presente una buena actitud hacia el futuro. Este crecimiento o adquisición de nuevas estrategias de enfrentamiento permite que diferentes áreas de vida posterior a la crisis experimenten un avance significativo.

Algunos otros autores como Baldwin sugieren un modelo evolutivo de la crisis muy similar, coincidiendo con Caplan y Horowitz al decir que integrar un evento que la desencadena, es sencillamente resolver la crisis de manera constructiva para la persona, dándole su lugar dentro de la vida a la par de otros eventos vitales; menciona que es lo contrario a negar su existencia o alguna parte de ella.

## 1.2 Tipos de crisis

Las crisis generalmente se han dividido en dos tipos:

Crisis del desarrollo o evolutivas.

Según Slaikeu (1996), Rubin y Blonch (2001) y Caplan (en Isaías, 2008) una crisis evolutiva es causada internamente en el área intelectual y/o afectiva, puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo o las transiciones de roles, se presentan a lo largo de la historia de los individuos y en fases diferenciadas.

Erickson (en Castro, 2008) consideró importante identificar las crisis del desarrollo como etapas definidas por logros que habrían de alcanzarse en cada fase y de esa manera rastrear el desarrollo de la personalidad en el ciclo completo de vida. Estas son las fases y el principal logro de cada una de ellas.

- I. Sentido de confianza básica
- II. Sentido de la autonomía
- III. Sentido de la iniciativa
- IV. Sentido de la industria
- V. Sentido de la identidad
- VI. Sentido de la generatividad
- VII. Sentido de la integridad

Según Erickson en 1985 (en Castro, 2008), el paso por estas etapas se vuelven una crisis cuando:

- a) las actividades se dificultan, por la falta de habilidad o conocimiento
- b) cuando hay una demanda de sobrecarga y la persona suma cierto puntaje de estrés
- c) cuando la persona no se prepara para ciertos sucesos determinantes, como la menopausia o la viudez
- d) si la persona se percibe así misma como fuera de fase ante la sociedad o grupo, se refiere al estar fuera de tiempo con nuestros semejantes.

Algunas de las crisis del desarrollo o evolutivas pueden ser causadas por eventos como:

- Concepción y esterilidad
- Embarazo, parto y nacimiento
- En la infancia, alimentación, control de esfínteres, heridas, etc.
- Adolescencia, confusión de roles, conflictos, etc.

- Las crisis de madurez, incluyendo el cambio de carrera
- Jubilación
- Envejecimiento
- Muerte

Crisis circunstanciales.

Para Gilliland y James (en Isaías, 2008), Slaikeu (1996), Rubin y Blonch (2001) las crisis circunstanciales son eventos extraordinarios o accidentales, inesperadas, conmovedoras, intensas y catastróficas que tiene mucha o poca relación con la edad del individuo o la etapa del desarrollo que está pasando en ese momento y que por lo tanto no se puede prever.

Adicionalmente Slaikeu (1996) las define algunas otras características como:

- a) Calidad de urgencia. Dado que la amenaza es repentina la estrategia de intervención tiene que ser inmediata.
- b) Impacto potencial sobre comunidades enteras.
- c) Peligro y oportunidad. La persona puede resignificar el hecho amenazante e incluso algunos eventos anteriores que no habían sido resueltos. Dependiendo de los recursos con los que dispone para enfrentarlo. Algunos de los recursos externos pueden ser dinero, comida, vivienda, transporte, relaciones personales, la familia, los amigos, compañeros de trabajo, ayuda institucional, etc. ya que en momentos de crisis estos factores pueden contribuir a acrecentar la crisis o puede facilitar otros esfuerzos positivos, psicológicos, para el enfrentamiento.

Algunas de las crisis circunstanciales pueden ser causadas por eventos como:

- Violación e incesto
- Aborto
- Suicidio
- Enfermedades agudas o crónicas
- Alcoholismo y abusos de sustancias
- Divorcio y separación
- Viudez
- Víctimas de accidentes
- Víctimas de crímenes
- Violencia domestica
- Migración
- Promoción, traslados y promociones laborales

- Secuestros
- Desastres naturales y artificiales.

Rubin y Blonch (2001) afirman que las crisis circunstanciales que ocurren con violencia, generan un trauma. Los signos fisiológicos que caracterizan a una persona afectada son: taquicardia, sudoración, vértigo, temblor extremo, mareo, vómito y desmayos. Dentro de las afectaciones psicológicas que caracterizan el desorden emocional del que hemos hablado se encuentran la confusión, excitabilidad, nerviosismo, rabia, pesadillas, aplanamiento emocional, incredulidad, sentimientos de culpa, tristeza profunda, imágenes del evento traumático, imágenes de agresión hacia los perpetradores y miedo.

Es frecuente encontrar en las personas sentimientos de culpa tras el evento traumático, éstos se generan por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, por haberse salvado y un sinnúmero de motivos poco realistas y de excesiva autoexigencia; mediante estos sentimientos el estrés permanece en la persona aun cuando el evento crítico en sí mismo haya cesado. Al estrés que se vive después de dicho evento se le conoce como Estrés Postraumático. Inicialmente el término solo era utilizado para los sobrevivientes de guerra, pero al verse semejanzas de comportamiento, como los recuerdos instantáneos y a detalle del suceso, se ha extendido el término para explicar el desarrollo por el que pasan dichas personas en diversas situaciones de crisis circunstanciales (Rubin y Blonch, 2001).

Este estado de estrés se caracteriza por un intenso estado emocional en el que predominan la ansiedad, la culpa, la ira, la hostilidad, la vergüenza y con mucha frecuencia la tristeza e incluso un trastorno depresivo. El estrés postraumático produce un fuerte malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de conducta mientras no se haga el reajuste de la nueva experiencia como parte de la vida, proceso en el que es prioritario tener acompañamiento psicológico de primera y segunda instancia.

Para el propósito de éste trabajo son las crisis circunstanciales las que serán de importancia debido a su carácter externo con respecto a la persona.

### **1.3 Intervención psicológica en crisis**

Muchas personas que se han encontrado en una crisis, encontraron que clínicas y hospitales estaban inaccesibles cuando ellos estaban al máximo de la crisis, otras personas tuvieron experiencias de rechazo de las instituciones tradicionales que tienen un procedimiento de atención normalizado en el que no hay cabida para las urgencias emocionales. Generalmente la primera instancia de salud mental a la que tienen acceso los pacientes con trastornos mentales es la de medicina general, donde no necesariamente se cumplen con la capacitación para diagnosticar y referir al paciente a servicios especializados, además que en los casos en que sí se cumple con la referencia el tiempo de espera es considerable. Otro factor que dificulta la atención oportuna además del estigma hacia los servicios de salud mental es que la población en general busca ayuda por problemas “cotidianos” como problemas de pareja, con los hijos, conflictos intrafamiliares, etc., y las instituciones tratan acerca del título de trastornos, sin que la información llegue a ser suficiente para conciliar estos dos nombres de lo mismo. Estas y otras dificultades para que el paciente reciba atención oportuna se deben también a las políticas económicas que no destinan el mismo capital para el cuidado de la salud mental como lo hace con la salud física. (Urzúa, 2009). Por ello la tarea primordial para la Intervención en Crisis es preservar la vida y mantener la salud física y mental estando disponible las 24 horas los 365 días del año.

Rubin y Blonch (2001) la definen como el proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis, para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

Valladares (en San Pedro, 2008) describe la terapia de intervención en crisis como apoyo de emergencia de corta duración, consistente en sesiones de 1 a 2 horas, que ofrece apoyo solidario, información, asesoría legal y médica.

La intervención en crisis tiene lugar en cuando sucede una crisis personal de desarrollo o circunstanciales y en la ocurrencia de desastres naturales y aquellos provocados por el hombre. En los desastres se ha observado que se atienden las necesidades básicas, como comida, refugio y agua, pero se deja de lado las heridas mentales. Uno de las primeras intervenciones de este tipo fue un explosión en Oklahoma en 1995 tras la cual se creó un grupo organizado por Cruz

Roja en coordinación con médicos, clero, guardia nacional y otras organizaciones, a la cabeza estuvo siempre un psiquiatra o psicólogo que dentro del plan de atención integraba el cuidado emocional (Carter y Walter, 1996 en San Pedro, 2008). Desde entonces diversos movimientos de salud son los que se han encargado de cubrir esa necesidad.

### **1.3.1 Antecedentes de la intervención en crisis**

El movimiento de Intervención en Crisis es relativamente reciente y revisaremos sus antecedentes. El primer acercamiento a la necesidad de atender a las personas que vivían un momento de crisis después de un evento traumático fue después de la Segunda Guerra Mundial. Las consecuencias y trastornos relacionados con los sobrevivientes, testigos y sus familias reveló la insuficiencia de los servicios de atención médica en lo que respecta a las cuestiones emocionales. Para dar tratamiento a este grupo de gente nuevos tratamientos fueron desarrollados principalmente cortos y que tenían un componente diferente a los tratamientos entonces actuales: se trataba de implementarlo lo más cercano al evento estresante y a las conductas desadaptativas (Isaías, 2008).

Para prevenir el derrumbe de la autoestima, los individuos se mantuvieron en su unidad y les dieron tareas poco estresantes. Estas formas tempranas de intervención en crisis fueron altamente efectivas en aliviar los síntomas de neurosis y previniendo que los individuos se refugiaron en conductas nocivas. Este movimiento estableció algunos de los principios de la Teoría de las Crisis y la concepción de que la Intervención en Crisis tiene un carácter de prevención de trastornos posteriores al trauma (Isaías, 2008).

En esa década de los 50's también, tras un incendio en el que perdieron la vida 493 personas, el psiquiatra Eric Lindemann y sus colaboradores asistieron a los familiares de los fallecidos y a los sobrevivientes. El reporte de los síntomas psicológicos de los atendidos fue el inicio del trabajo teórico acerca del proceso de duelo y de la posibilidad de que agentes de salud, que no fueran necesariamente médicos, psiquiatras o psicólogos, asistieran a personas en crisis con el propósito de prevenir trastornos psiquiátricos derivados de las dificultades psicológicas para readaptarse a su medio después del evento crítico (Slaikeu, 1996).

Derivado de las aportaciones teóricas de Lindemann, el psiquiatra Gerald Caplan fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la

psicopatología de los adultos, afirmaba que en la historia de los pacientes psiquiátricos se podría observar periodos de crisis que fueron enfrentados de manera desajustada, lo que no les permitió salir de la crisis de la mejor manera (Slaikeu, 1996). De esta observación, surgió la necesidad de instaurar programas para prevenir entre otras cosas, el suicidio, ante la presencia de una crisis.

En 1958 se estableció el primer Centro de Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en los Ángeles y en Búfalo en los E.U.A., que ofrecía servicio las 24 horas, los 365 días del año y también fue el primero en usar el teléfono para brindar la orientación. En este centro laboraron voluntarios no profesionales, pero adiestrados en el tema. Si bien los primeros centros de intervención en crisis inicialmente se dedicaban a la prevención de suicidios, la mayor parte cambiaron rápidamente a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis. Con esta ampliación de motivos de consulta se aseguró la asesoría de apoyo disponible en cualquier urgencia emocional además de que se incluyó que los colaboradores pudieran, cuando fuera necesario, viajar a hogares, estaciones de autobús, campos de recreo y sitios similares para proporcionar la intervención en el lugar mismo del incidente (Slaikeu, 1996).

Teóricos como Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; Slaikeu y otros, 1973 (en Slaikeu, 1996) fueron los primeros en desarrollar las técnicas adecuadas para la intervención en crisis vía telefónica en casos de suicidio principalmente, aunque también en crisis como la de divorcio, desempleo, maltrato conyugal, adolescencia, etc., y su clave era entender la grave desorganización y perturbación en términos de la Teoría de las Crisis de Caplan.

El movimiento del aumento de las clínicas comunitarias representa la más reciente contribución al movimiento de intervención en crisis ya que ha ofrecido un espacio terapéutico accesible en tiempos y costos. Además de que conforme han ido creciendo en número han sido cada vez más específicos en tanto la problemática que atienden. Actualmente existen clínicas especializadas en casi todos los motivos de consulta psicoterapéutica como: de atención a homosexuales, referente a adicciones, violencia familiar, depresión, especiales para adolescentes, para niños, programas de orientación en urgencias, etc. (Weiner, 1992).

Actualmente la intervención en crisis en temas de salud mental se considera parte integral de cualquier sistema de salud mental en una comunidad que lo requiera, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede ser cualquiera ya que existen millones de personas que padecen algún tipo de trastorno mental, conductual, neurológico o de abuso de sustancias. Un estimado hecho por la

OMS, muestra que en 2002 existían 154 millones de personas en el mundo sufriendo depresión y estimó que en 2020 será la segunda causa de incapacidad laboral. También la OMS calcula que cada año mueren en el mundo cerca de 877,000 personas por suicidios, 121 millones padecen depresión, 70 millones padecen de problemas relacionados con el consumo de alcohol y 24 millones esquizofrenia ([http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)).

En México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2002 (en Urzúa, 2009) 7.5 millones padecían depresión. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina Mora, G. Borgues, C. Lara, C. Benjet, J. Blanco, C. Flez, J. Villatoro, E. Rojas, J. Zambrano, L. Casanova, S. Aguilar, 2003) describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población adulta. Algunos de sus resultados son: 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10 (Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) alguna vez en su vida. Los trastornos más frecuentes fueron: de ansiedad (14.3%), abuso de sustancias (9.2%) y afectivos (9.1%). Los hombres presentaron mayores números de trastornos (reportadas según “alguna vez en la vida”, mientras que las mujeres lo reportaron en “en los últimos 12 meses”. En lo que respecta únicamente a las mujeres los principales trastornos que reportaron fueron la fobia social y específica y el trastorno depresivo mayor. La misma encuesta describe que solamente uno de cada diez sujetos con algún trastorno mental o más de cinco recibe atención, mientras que uno de cada cinco pacientes con dos y menos de cinco trastornos la recibe. También afirman que se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.

La violencia de pareja, que es el tema central del presente trabajo, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2008) en México, en 2006 había 21.6 millones de mujeres casadas o unidas de las cuales 35% reportó haber padecido algún episodio de violencia en el año previo de la encuesta. A pesar de lo alarmante de este número la ENDIREH reporto un descenso en comparación con el año 2003 en el que el número de mujeres casadas o unidas violentadas fue de 44%. Como las cifras lo hacen notar la violencia en pareja, generalmente hacia las mujeres, es un tema de salud que ha requerido atención y que continua siendo un motivo de consulta recurrente en

los servicios de emergencia, de ahí la necesidad de que dicho servicio se proporcione de manera adecuada.

### **1.3.2 Técnicas de intervención**

Una intervención oportuna en el momento de la crisis no solo permite aliviar la crisis o dar lugar para que la persona tome decisiones funcionales, sino también puede ser más efectiva que muchos años de terapia posterior (Isaías, 2008).

Algunos autores como Slaikeu (1996), Gilliland y James (1993) y Raffo (2005) han desarrollado técnicas de intervención para los eventos traumáticos que son aplicados de manera inmediata. Reciben el nombre intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos.

Se considera que sólo es necesaria una sesión para esta intervención, pudiendo llevar ésta de minutos hasta horas; la meta primordial es restablecer el enfrentamiento efectivo inmediato, dar apoyo de contención, reducir la mortalidad y enlazar a la persona en crisis con los recursos profesionales de ayuda, mediante los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos que describió Slaikeu en 1996:

1. Realización del contacto psicológico con empatía. La escucha activa permite comprender como la persona interpreta el evento, se siente escuchado, aceptado y apoyado.
2. Analizar las dimensiones del problema en pasado inmediato, presente y futuro inmediato.
3. Sondear y plantear las alternativas posibles, siempre teniendo en cuenta los pensamientos, las sensaciones y los comportamientos.
4. Asistir en la ejecución de pasos concretos, implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta.
5. Acciones de seguimiento para verificar el progreso o replantear nuevas alternativas.

La técnica denominada “Debriefing” es una de las técnicas de intervención en crisis más usada; se refiere al interrogatorio acerca del acontecimiento traumático y por ende que la persona hable de lo ocurrido; el objetivo es que al hablarlo, lo

sucedido tiene una sensación de utilidad y satisfacción. Este proceso inicia con el dominio cognoscitivo y continua con el dominio afectivo para regresar a un estado cognoscitivo normal. Se considera que esta técnica la pueden aplicar cualquier persona que tenga idea de cómo hacerlo pero es recomendable que la aplique personal profesional capacitado para ello.

El modelo de intervención en crisis de Roberts incluye (en Urzúa, 2009):

- Establecer contacto psicológico y crear rápidamente la relación
- Examinar la dimensión del problema para definirlo
- Estimular la exploración de los sentimientos y emociones
- Generar y explorar alternativas y soluciones específicas
- Explorar y evaluar los intentos previos de afrontamiento
- Restablecer el funcionamiento cognitivo a través de la aplicación de un plan de acción
- Seguimiento

El modelo de Gilliland y James (Slaikeu, 1996) consiste en:

- Reconocer las diferencias individuales
- Mostrar atención por la seguridad del cliente
- Proporcionar apoyo al cliente
- Definir pronto el problema
- Considerar alternativas
- Planificar los pasos de la acción terapéutica
- Usar las capacidades de afrontamiento del cliente
- Atender las necesidades inmediatas del cliente
- Emplear los recursos de la remisión
- Desarrollar y usar una red de apoyo
- Conseguir un compromiso

El modelo de Rubin y Blonch (2001) comprende:

- Relación
  - actitudinal que cree un ambiente seguro donde el terapeuta también se enfrenta ante sus propias reacciones ante el problema y el cliente. Se valida y normalizan las emociones expresadas.
  - Técnica. Trata de reforzar las capacidades del cliente e incrementar su autoestima, el terapeuta aclara su rol acerca de lo que puede o no

puede hacer. Define y explora alternativas de solución respecto al problema.

- Evaluación  
La valoración necesita ser breve, inmediata y centrada de determinar la urgencia de la crisis, el grado de daño y el de capacidad de enfrentamiento. Incluye la valoración del evento y el tipo de enfrentamiento que el paciente tenía antes de la crisis. Por último el grado de correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos externos e internos con que cuenta el paciente.
- Remisión  
Hacia los recursos comunitarios existentes o hacia otros profesionales.

La evaluación del nivel actual de funcionamiento se realiza mediante observación directa de acuerdo a un examen del estado mental que incluye:

- Apariencia y conducta. Incluye el estado aparente de salud, la manera de vestir, su presentación, la higiene personal, las expresiones faciales y la actividad motora.
- Discurso y conducta verbal. La estructura, el contenido del discurso y los manierismos o expresiones faciales.
- Contenido del pensamiento. Ideas que predomine el discurso y la manera de estructurarlas.
- Observación del estado emocional del paciente. Afecto que presenta de acuerdo a su narrativa del problema.
- Observación de la forma de relacionarse del paciente. Cómo se relaciona con su círculo social y con el terapeuta.
- Evaluación del ajuste premórbido comparado con el estrés actual. Se refiere a cómo ha manejado con anterioridad el paciente sus crisis anteriores y la actual antes de venir a consulta (Slaikeu, 1996).

Los modelos de intervención en crisis generalmente se orientan a:

1. Ayudar a que la persona hable de la experiencia traumática y de los significados que le otorga a ésta.
2. Buscar en la historia misma del paciente herramientas emocionales que le ayuden a resignificar el evento traumático.
3. Buscar alternativas de solución o redirigirlo al espacio terapéutico, legal, médico, etc., que le sea de ayuda para salir de la crisis.
4. Convertir el impacto del evento traumático en un evento de vida e incorporarlo en la misma.

La intervención en segunda instancia se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento efectivo inmediato, si no que se encamina a la resolución de la crisis, de manera que el incidente se integre a la trama de la vida e incluso mejor preparado para encarar el futuro. La tabla 1 describe las principales características de la intervención de primera y de segunda instancia.

<b>Tabla 1. Características para diferenciar la intervención de primera y segunda instancia.</b>		
	<b>Intervención de primera instancia. Primeros auxilios psicológicos</b>	<b>Intervención de segunda etapa. Terapia para la crisis.</b>
<b>TIEMPO</b>	De minutos a horas	De semanas a meses
<b>IMPARTIDA</b>	Padres, policías, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros.	Psicoterapeutas
<b>LUGAR</b>	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, líneas telefónicas, etc.	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud, etc.
<b>METAS</b>	Restablecer el enfrentamiento inmediato, dar apoyo, reducir la mortalidad, enlazar con recursos de ayuda.	Resolver la crisis: resignificar el evento traumático e integrarlo como parte de la vida, apertura para encarar el futuro
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Componentes de los primeros auxilios psicológicos	Terapia multimodal para crisis

(Tomada de Slaikeu, 1996)

La Terapia Multimodal de Slaikeu tiene una duración de 2 a 6 semanas es una de las más adecuadas para la intervención de segunda instancia ya que evalúa los cinco subsistemas de la persona, esta postura considera que los trastornos psicológicos provienen de distorsiones cognitivas o maneras erróneas del pensar. Algunos autores como Posek (2004), Manciaux y cols. (2003), Cyrlunik (2002); (en Castro, 2008) sugieren que la terapia multimodal debe de estar enfocada al

empuje de las habilidades de la persona y a la resistencia de la propia crisis más que a las debilidades que la originaron o a la propia patología.

Los cinco subsistemas de funcionamiento son: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo (CASIC) (Rubin y Blonch, 2001).

Conductual. Actividades diarias como patrones de trabajo, descanso, ejercicio, hábitos de comida y de sueño, comportamiento sexual, uso de drogas (incluyendo alcohol y tabaco). Intereses y eventos desagradables.

Afectiva. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos mencionados, presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc., sentimientos de aceptación, de distorsión o negados de la realidad.

Interpersonal. Relación, asertiva o conflictiva, con otras personas como son familia, amigos, vecinos, compañeros, etc.; número de amigos, frecuencia de contacto con ellos y con conocidos; habilidades sociales, papel asumido con los distintos grupos de amigos; estilos de resolución de conflictos y estilo interpersonal básico (suspica, manipulador, explotador, sumiso y dependiente, entre otros).

Cognoscitiva. Representaciones mentales acerca del pasado o futuro, autoimagen, metas en la vida, razón de las metas, creencias religiosas, filosofía de vida, pensamientos de catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, idealización paranoide, actitud en general hacia la vida, recuerdos, ideas e imágenes incómodas recurrentes. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio.

La valoración de funcionamiento CASIC incluye:

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas
2. Los recursos personales y sociales más importantes
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC
4. Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida
6. La etapa del desarrollo previa a la crisis
7. Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC
8. Metas y estructuras vitales para lograr objetivos
9. Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los subsistemas como son la familia, grupos sociales, comunidad, sociedad, amistades e instituciones
10. Otras tensiones anteriores al incidente.

En este capítulo se revisaron las definiciones del término crisis y las repercusiones físicas, conductuales y emocionales que tiene para una persona que ha vivido un evento crítico. Evento ante el cual sus anteriores habilidades de enfrentamiento pueden no ser suficientes para resolverlo y causar una crisis por el evento mismo y por la ineficiencia misma para resolverlo. Ante estos momentos de crisis y la necesidad de intervención positiva y de emergencia ha sido necesario contar con herramientas e instituciones que se encarguen de atender estas crisis, esta corriente es la Intervención en Crisis.

Al inicio del movimiento de intervención en crisis su principal objetivo era la prevención del suicidio, actualmente atiende todo tipo eventualidades que ocasionan una crisis emocional.

Las técnicas de intervención en crisis pueden requerir desde minutos en un primer contacto hasta un proceso de terapia breve de algunas semanas con el objetivo de integrar el evento crítico dentro de la vida misma del usuario.

En el siguiente capítulo se puntualizará lo referente a la Intervención en Crisis en específico cuando este servicio se otorga vía telefónica, sus antecedentes, sus principales características y el perfil del Terapeuta Telefónico (TT).

## Capítulo 2.

### Intervención psicológica vía telefónica en casos de crisis.

*“Quisiera hablar con un psicólogo...”*

*Usuaría de una línea de atención psicológica vía telefónica*

Puente (en Urzúa, 2009) afirmó que no existe país en el mundo que cuente con la infraestructura necesaria para proporcionar servicios de salud física o mental a su población a través del modelo cara a cara y que por ello los países desarrollados se benefician al contar con servicios telefónicos de intervención psicológica con excelentes resultados, así el teléfono se ha convertido en un medio eficaz para brindar acompañamiento y apoyo emocional a quienes atravesaban por alguna crisis; la voz y la escucha han garantizado una presencia, un contacto personal y humano que permita compartir una visión diferente de un problema específico. También ha promovido el contacto inmediato de personas que atraviesan algún tipo de dificultad psicológica, de orientación legal, de urgencias médicas, etc., con el servicio de ayuda adecuado de manera ágil y con un bajo costo.

La intervención por teléfono que comenzó en 1950, se ha convertido en la columna vertebral del movimiento de prevención del suicidio, para posteriormente extenderse a diferentes problemáticas en el transcurrir de los años ya que facilita al usuario traspasar algunos obstáculos como la distancia, tiempo, geográficos, de desplazamiento, económicos, la flexibilidad para programar una consulta y sobretodo, como lo menciona la Ley de Hansel la importante relación entre el tiempo del evento y el de la intervención (Slaikeu, 1996).

La intervención en crisis por teléfono podría definirse como la aplicación de la telecomunicación a la salud mental o “salud mental por teléfono”.

## **2.1 Antecedentes de la Intervención psicológica vía telefónica en casos de crisis.**

En el año de 1906 en la ciudad de Nueva York, un grupo de sacerdotes crearon “New York City’s National Save a Life League”, brindando la posibilidad de atender vía telefónica a las personas que se encontraban en cualquiera de las etapas del proceso suicida (Slaikeu, 1996), sin tener mucho éxito al inicio, posteriormente dio pie para la creación de nuevas líneas de atención principalmente en EUA en la década de los 60’s cuando se crearon los sistemas “hot-line” o “crisis center”, inicialmente atendidos por población en general que deseaban ser voluntarios, funcionaba las 24 horas del día.

En Sevilla, España desde 1971 se brinda un servicio de ayuda a través del teléfono, su nombre es “El teléfono de la esperanza” es atendido por “agentes de ayuda” que generalmente son voluntarios no profesionales. Esta línea se ha extendido a San Pedro Sula en Honduras, Quito en Ecuador, Bogotá y Medellín en Colombia, Cochamba y La Paz en Bolivia y Buenos Aires Argentina. En Zirch, Suiza está la opción para hispanoparlantes, con la posibilidad de entrevistas cara a cara con un psicólogo, un psiquiatría o un abogado, funciona en forma anónima y gratuita (Urzúa, 2009).

Zarco (2006) hizo una reseña histórica de las líneas de atención psicológica vía telefónica en México, este es un resumen:

A finales de los setentas se abrieron líneas de orientación en las que se buscó atender adolescentes y familiares con problemas de drogas en el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y en Centros de Integración Juvenil, las cuales han evolucionado pero continúan ofreciendo el servicio.

En 1985 durante los sismos de septiembre en la ciudad de México, la Universidad Nacional Autónoma de México, creó diversos programas para el apoyo de víctimas y sus familiares, además de la población en general afectada por el desastre. Uno de los programas pilares fue SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico, Consejo e Intervención en Crisis por Teléfono) donde participaron profesores y estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM.

SAPTEL es el primer programa a nivel internacional que utiliza psicólogos y que cuenta con una estructura formal que incluye una historia clínica codificada, que permite identificar el perfil socioeconómico y demográfico del usuario; los motivos de consulta, su diagnóstico de acuerdo con la organización mundial de la salud

(CIE-10) y la asociación psiquiátrica de Norteamérica (DSM IV), examen mental, grado de severidad en el problema del usuario, tipo de intervención terapéutica, orientación y referencia. SAPTEL ofrece una orientación telefónica basada en la Terapia Breve e Intervención en Crisis y la atención especializada de un Terapeuta Telefónico (TT) para las llamadas de seguimiento (<http://www.saptel.org.mx/porque.html>); estas llamadas de seguimiento lo diferencian de servicios públicos que también ofrecen atención psicológica como LOCATEL o Vida sin violencia que dentro de su estructura solo consideran una llamada sin opción a seguimiento, lo cual es el quinto paso de la intervención en crisis según Slaikeu. SAPTEL continúa atendiendo usuarios de toda la República Mexicana solo con psicólogos entrenados, en alianza con la Cruz Roja Mexicana.

LOCATEL (Servicio Público de Localización Telefónica), proporciona información acerca de servicios y políticas públicas, orientación y apoyo a la población del área metropolitana, fue creado en 1979 con el propósito de localizar personas extraviadas y ofrecer información de bancos de sangre. Con el tiempo y con la demanda de atención durante los sismos de 1985 en la ciudad de México, incorporo un programa de intervención en crisis; actualmente cuenta con diversos servicios telefónicos además de los ya mencionados, como asesoría médica y legal.

TELSIDA, brinda servicios de información acerca de la infección de VIH, referencia a hospitales del área metropolitana y atención en crisis desde 1988.

La Procuraduría General de Justicia del Distrito federal (PGJDF), de 1994 a 1999 ofreció el servicio telefónico por parte de psicólogas capacitadas de información, orientación e intervención en crisis a víctimas de violencia sexual, CETATEL. Posteriormente los servicios de CETATEL se integraron a la línea VICTIMATEL con el propósito de extender el apoyo y la orientación a víctimas de cualquier delito violento aplicando el modelo de intervención en crisis las 24 horas los 365 días del año de manera confidencial y gratuita.

Vive sin drogas se creó en 1997 para atender con calidad y de manera oportuna a las personas que padecen problemas asociados con el uso y abuso de sustancias adictivas. Su centro de atención telefónica ofrece un modelo efectivo con el que se atienden un promedio de 1,300 llamadas diarias.

ORIENTEL, Sistema de orientación a distancia de la Universidad Autónoma de Morelos. Su misión es brindar información, orientación, apoyo psicológico,

asesoría jurídica, referencia y canalización a distancia de manera inmediata gratuita y confidencial.

ACERCATEL, está basado en el modelo de intervención en crisis de Slaikeu y se creó en 2006 con el fin de atender a los niños, adolescentes y adultos con problemas intrafamiliares principalmente; pertenece a Fundación Casa Alianza (Arrieta, 2007)

Algunas poblaciones específicas se han visto beneficiadas de estos programas, ya sea en instituciones escolares o en el sector privado.

Línea UAM de Apoyo Psicológico por Teléfono es un espacio de atención para los alumnos de la Universidad Autónoma Metropolitana y tiene el objetivo de brindar consultas telefónicas acerca de problemas emocionales con opción de tener seguimientos programados, además de brindar información referente a servicios escolares (<http://www.lineauam.uam.mx/index2.php>).

Dentro del sector privado, las empresas se han preocupado por la salud de sus empleados, ya que han comprobado que la inversión en la salud mental se capitaliza y regresa traducida como mayor productividad y disminución de costos por errores, incapacidades, accidentes laborales, demandas, ausentismo, estrés, hostigamientos, malas relaciones laborales, etc. Uno de los Programas de Apoyo al Empleado es Ecosistemas Emocionales S.C. que tiene la misión de “ser una organización interdisciplinaria y estratégica que ofrezca al capital humano de las organizaciones servicios de asistencia, consejería y asesoría para el desarrollo de las competencias emocionales” ([http://www.ecosistemasemocionales.com.mx/1\\_4\\_Nuestra-Empresa.html](http://www.ecosistemasemocionales.com.mx/1_4_Nuestra-Empresa.html)). Cuenta con un call center de atención psicológica atendido por psicólogas capacitadas en intervención en crisis que funciona las 24 horas a disposición de los empleados de la empresas que contratan el servicio y sus familiares directos.

Otro servicio privado, ICAS-México (Independent Counselling and Advisory Services limited - Consejería independiente de servicios de asesoría limitada) ha extendido sus servicios a empresas con diferentes programas como:

- Asesoría telefónica mediante línea 800 (gratuitas para el usuario)
- Asesoría personal las 24 horas de los 365 días del año
- Asesoría gerencial

- Red de especialistas con cobertura nacional e internacional para casos de asesoría cara a cara, con enfoque en terapia breve orientada a resolución de problemas
- Servicio “LifeManagement®”, provee un apoyo al dar información práctica y relevante para las situaciones y problemáticas de la vida cotidiana que pueden impactar en el desempeño laboral y estado emocional.
- Orientación legal y financiera
- Orientación para una alimentación saludable.

(<http://www.icasMexico.com.mx/pae-icas.php>)

En México se cuenta con aproximadamente 35 líneas telefónicas de atención psicológica.

## **2.2 Efectividad de la terapia telefónica.**

Diversos estudios son los que han demostrado que la atención vía telefónica tiene un impacto positivo, equiparable con el tradicional modelo cara a cara, en sus usuarios. Enseguida se presentan algunas investigaciones.

Mishara y Daigle (<http://www.saptel.org.mx/antecedentes>) realizaron una investigación sobre la efectividad de los servicios telefónicos de emergencia en los Estados Unidos, haciendo notar que el decremento de la tasa de suicidios es sólo una de las muchas formas en las cuales la intervención telefónica y los centros de prevención del suicidio pueden ayudar a las personas. También Stein y Lambert (en Slaikeu, 1996) concluyeron que la disponibilidad de los servicios telefónicos para crisis puede relacionarse con la reducción en las tasas de suicidio, particularmente entre las mujeres de raza blanca jóvenes.

La Harvard Mental Health Setter, en el 2005 usando un enfoque cognitivo conductual no encontró ninguna diferencia entre el éxito y la satisfacción de pacientes depresivos que fueron atendidos ya sea con la modalidad tradicional cara a cara o por teléfono (Urzúa, 2009).

Resse, Conoley, y Brossart (2006) a través de la aplicación de un reporte de servicio a los usuarios de un Programa de Asistencia al Empleado que recibieron atención psicológica por teléfono y también terapia cara a cara, concluyo acerca de la efectividad de la terapia telefónica lo siguiente: a) los usuarios reportaron la misma satisfacción acerca de ambos servicios y percibieron alguna mejora en su

vida con cualquiera de los dos servicios; b) los usuarios que tuvieron mayor número de problemas emocionales les fue menos útil el servicio telefónico y aquellos que gustan de ver al terapeuta; c) anonimato, los usuarios reportaron sentirse reconfortados de saber que no serían vistos pidiendo ayuda y que les resultaba cómodo también que una persona (el terapeuta) viera las reacciones físicas que les pudiera provocar sus relatos (irónicamente el mayor problema para el TT) y así evitar sentimientos de inferioridad o vulnerabilidad; d) los usuarios encuestados reportaron sentirse con más control sobre su proceso telefónico debido a que no se sienten intimidados por la oficina y los diplomas que acreditan al terapeuta y con la idea de poder colgar en el momento que lo deseen, tal control percibido se traduce en mayor apertura de temas y puede ayudar al proceso como tal; e) el anonimato y el control percibido, acompañado de un primer encuentro terapéutico positivo dio la posibilidad de que los usuarios solicitaran atención cara a cara; f) privacidad, los usuarios principalmente los que son atendidos por primera vez, se sienten más seguros de hablar de sus problemas desde la comodidad de sus casas; g) accesibilidad, los usuarios que tienen horarios laborales muy ajustados o que incluso viajan constantemente puede acceder a sus procesos terapéuticos independientemente de donde se encuentren; h) costo, los procesos terapéuticos por teléfono tienen bajo costo para el usuario y para el TT. En esta misma encuesta 44% de los usuarios pensaban que sería útil la terapia telefónica antes de usarla y 96% de los que ya habían sido atendidos reportaron que volverían a hacer uso de la misma debido a lo útil que había sido para ellos, incluso cuando se les pregunto en relación de terapia cara a cara.

Mohr (en Zarco, 2006) ofreció resultados positivos después de tratar durante 16 semanas a 127 pacientes con esclerosis múltiple y depresión al afirmar que el papel de la línea telefónica había tenido igual de valía en el seguimientos de estos pacientes que la terapia cara a cara. Igualmente Predit y Ludman en 2007, (en Urzúa, 2009) investigadores del Centro de Salud Grupal para el estudio de la salud en Seattle, EUA, afirmaron que después de una investigación con más de 400 pacientes, que la consejería telefónica puede ofrecer beneficios a largo plazo a las personas que tienen depresión. Otro de los muchos padecimientos en los que puede ser benéfica la intervención telefónica es el tabaquismo, Zhu, S., Tedeschi, G., Anderson, C. y Pierce, J. (1996) hablaron de los beneficios que ofrece esta tipo de intervención sobre una intervención cara a cara, dentro de los que mencionaron que el proceso normal de la terapia cara a cara en el acompañamiento para dejar de fumar es el de un modelo grupal donde las necesidades de los miembros más activos del grupo o del grupo mismo dejaban

de lado las necesidades individuales, cosa que no sucede en la terapia telefónica que es uno a uno; otra característica es la disponibilidad del TT para atender las crisis de los usuarios.

Puente (en Urzúa, 2009), afirma que este tipo de atención, donde psicoterapia a distancia elimina el costo de desplazamiento y la lista de espera, aporta flexibilidad para programar una consulta y facilita a algunas personas (discapacitados, personas en crisis, ancianos, reclusos, entre otros.) el hecho mismo de recibir atención psicológica de primera y segunda instancia.

Como parte de cualquier servicio formal existen instancias que regulan en este caso, las líneas de atención de emergencia. En Suiza, existe una Federación donde se integran servicios de ayuda por teléfono de todo el mundo, su nombre es IFOTES “Internacional Federation of Telephonic Emergency Services” (Federación Internacional de Servicios de Emergencia Telefónica) que tiene el objetivo de intercambiar experiencias y conocimientos entre sus miembros por medio de la organización de congresos, diplomados y apoya también en la creación de nuevas líneas de servicio (Urzúa, 2009).

La Employee Assistance Program Association (Asociación de Programas de Apoyo al Empleado - EAPA), es “la organización más grande, vieja y que cuenta con miembros de los más respetados de Asistencia al Empleado. Cuenta con cerca de 5,000 miembros en 30 países en el mundo, es la fuente más confiable en cuanto investigación y apoyo profesional de asistencia psicológica” (<http://www.eapassn.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>). Como ya mencionamos los Programas de Apoyo al Empleado están constituidos de manera que el primer contacto con el empleado es mediante una línea de atención psicológica.

La intervención telefónica no es exclusiva de la psicología, la medicina, la enfermería y la abogacía, entre otras también la utilizan como medio de orientación y canalización con resultados positivos. Otros medios tecnológicos también han acercado la ayuda en crisis a sus usuarios como las páginas de comentarios vía internet y la mensajería electrónica, acerca de sus resultados Gilat y Shahar (en Urzúa, 2009) hicieron un estudio para comparar la efectividad entre la terapia telefónica y la intervención vía internet y lo que encontraron es que vía internet los usuarios hablaban aún más libremente de sus problemas que en el teléfono pero que existía la desventaja de al no tener ninguna manera de saber quién escribía era imposible hacer un seguimiento adecuado en el momento de la crisis y posterior a ella.

### **2.3 Características de la atención psicológica por teléfono.**

El teléfono es un instrumento de comunicación interactiva con capacidad de respuesta y de retroalimentación, con el que existe la posibilidad de ambientar la situación de la conversación, de no solo transmitir la palabra como la mensajería por internet, sino el estado anímico, la respiración, la sonrisa o el silencio con un significado especial. La soledad física y emocional se puede romper mediante una llamada, el temor desvanecerse por la confianza en una voz (Zarco, 2006).

La comunicación telefónica es equivalente a una conversación cara a cara en lo referente a que: transmite información, puede ayudar a resolver problemas, genera ideas y preguntas y posibilita el intercambio de opiniones (Gallego, 1988 en Zarco, 2006), lo cual nos habla de la posibilidad de considerar a la intervención psicológica vía telefónica como efectiva en todo su contexto.

La característica más distintiva de la orientación por teléfono es que la ayuda se le puede proporcionar a una persona en crisis sin el beneficio de las señales no verbales como: los gestos faciales, el lenguaje corporal y se apoya exclusivamente en las palabras que se hablan entre el TT y quién llama (el contenido) y cómo se hablan las mismas (afecto).

Bleach y Claiborn, 1974; Delworth y otros, 1972; Haywood y Lauthe, 1980; McCord y Packwood, 1973; McGee, 1974 y Motto, 1979 (en Slaikeu, 1996) han descrito las que consideran las principales características de las líneas de atención psicológica, que son:

1. Se equilibra el diferencial de fuerza entre el terapeuta y el paciente, y se le da más peso al último.
2. Preserva el anonimato del paciente lo que se considera que facilita una mayor apertura por parte del paciente.
3. Los TT también son anónimos lo que facilita la transferencia positiva.
4. La terapia telefónica reduce la dependencia de alguien que llama con respecto a un terapeuta tradicional.
5. Accesibilidad. La mayoría de las personas tienen un teléfono o tienen acceso a uno. Es ideal para personas que no pueden salir de casa o no tienen los medios para pagar una consulta.

6. Es un servicio de bajo costo tanto para el TT como para el paciente lo que abre el abanico de personas que pueden acceder a él.
7. Disponibilidad de tener un contacto con un TT principalmente en casos de crisis.

Para el paciente puede ser provechoso en algunos casos no tener a la vista las respuestas del TT ante su discurso y que incluso no vea su indumentaria, su físico y su consultorio ya que en algunas ocasiones genera suposiciones negativas acerca de si es el terapeuta adecuado para ellos o no. La terapia telefónica propicia que el paciente se enfoque en lo que el TT dice y no en cómo se ve (Kenny y McEachern, 2004).

En EUA, la terapia telefónica sigue los mismos lineamientos éticos y legales de la terapia cara a cara, así como el manejo de la información (Kenny y McEachern, 2004). Acerca de los lineamientos legales que rigen la terapia telefónica en México no se encontró información.

#### **2.4 Proximidad temporal entre la crisis emocional y la intervención psicológica**

La Ley de Hansel (Slaikeu, 1996) nos dice que existe una relación entre el tiempo del evento crítico y el tiempo de la intervención, entre más rápido se dé la intervención menos daño va a haber en el paciente, ya que el TT se convierte en un “amortiguador” que va a ayudar para prevenir alguna psicopatología regresando al paciente al estado previo de organización anterior al evento o ayudándole a darle la connotación de oportunidad de crecimiento a esta crisis.

Si un paciente tiene que esperar horas, días o semanas para recibir ayuda, el factor de peligro en la crisis puede aumentar y redundar en la pérdida de una vida (por suicidio u homicidio) en el peor de los casos. Otro peligro es que los hábitos disfuncionales y los patrones de pensamiento pueden impregnarse de un modo tan fuerte en la vida del paciente que se vuelven muy difíciles de cambiarlos después.

Ya que la intervención psicológica vía telefónica que funciona 24 horas, 365 días del año y tiene personal entrenado en Intervención en crisis, posee la disponibilidad de cubrir esos eventos, evitando futuras intervenciones de largo plazo en el ámbito de la psicología, la medicina y la psiquiatría.

## **2.5. Perfil del usuario de las líneas telefónicas de atención psicológicas**

El usuario de las líneas telefónicas es considerado una persona dinámica, con iniciativa, que se involucra en el diálogo de manera activa y creativa, aclara su objeto al llamar y construye su plan de acción (Zarco, 2006).

En lo general se considera que cualquier persona puede ser usuario de una línea de atención psicológica, sin embargo Resse et al (2006) después de llevar a cabo una encuesta de satisfacción con los usuarios de un programa de apoyo al empleado concluyeron que hay dos tipos de usuarios que no son adecuados para ser atendidos mediante este medio: aquellos a los que les es necesario ver a su terapeuta para poder establecer una relación terapéutica y aquellos con más de dos problemas emocionales severos o crónicos; en ambos casos deberán ser referidos a terapia cara a cara.

Respecto al perfil de los usuarios de líneas de atención en México podemos describir dos poblaciones, una dentro del ámbito privado y otra en el sector público. En el programa de apoyo al empleado de Ecosistemas Emocionales S.C. que se dedica a brindar servicios de salud emocional a los empleados de las empresas contratantes, el perfil del usuario durante el periodo de 2006 al 2009 fue el de una mujer de entre 20 y 30 años, en una relación de pareja y de nivel sociocultural bajo y su principal motivo de consulta fue problemas en las relaciones interpersonales, según la experiencia profesional de quien escribe.

Dentro del sector público SAPTEL ha reportado en el primer semestre de 2009, en lo referente al perfil de sus usuarios de primera vez (aquellos que por primera vez tienen contacto con SAPTEL y que buscan terapia telefónica) lo siguiente: (<http://www.saptel.org.mx/anexos/anexo2/REPORTE%20SEMESTRAL%202009pdf.pdf>): mujeres, entre 20 y 29 años de edad, solteras, de nivel preparatoria o profesional, católicas, de nivel socioeconómico bajo y su principal motivo de consulta fueron los trastornos interpersonales.

Ya que como podemos observar el perfil es el mismo en cuanto al género, el rango de edad, el nivel socioeconómico y motivo de consulta, podemos prestar atención a las posibles razones que explican el tipo de usuarios en estas dos líneas, según el ya citado reporte de SAPTEL.

- Mujeres. Este es resultado de un proceso multifactorial; culturalmente la mujer está más abierta a hablar de sus emociones, sentimientos y problemas; a pesar de los progresos sociales sigue siendo víctima de discriminación y de maltrato. Se debe de incluir el hecho de que a las mujeres socialmente se les exige más, como: atender su casa, cuidar a sus hijos y participar en el trabajo y pese a todo esto están obligadas a hacerlo bien. Sin duda las mujeres como grupo se encuentran hoy bajo mayor presión (un indicador es el aumento constante de infarto de miocardio en la mujer, entre otras razones por un consumo más importante de tabaco). Sin embargo ya que el número de consultantes hombres ha aumentado se podría considerar que cada vez más se le permite a un hombre expresarse y resolver sus asuntos emocionales.
- Grupo de edad de entre 20 y 29 años. A pesar del progreso en el país los adultos jóvenes frecuentemente no encuentran un trabajo estable o se les dificulta mantenerlo; diversos autores entre otros Seligman describen procesos de desesperanza e indefensión aprendidos que afectan a grupos vulnerables de la sociedad, principalmente a adultos jóvenes.
- Católicos. Que corresponde al grueso de la población en México.
- Nivel sociocultural bajo. Respecto a éste punto ya Resse (2006) hablaba del porqué haciendo referencia a que es la población que no puede mantener un proceso terapéutico cara a cara la que hace uso de una línea ya que es significativamente más económico en EUA. Sin embargo aplica también para México, donde generalmente es gratuito como en SAPTEL o que bien está integrado como una prestación laboral como en Ecosistemas Emocionales S.C., por mencionar algunas.
- Soltería. La soledad en sus diversas modalidades ha sido descrita a nivel internacional como uno de los factores determinantes en la depresión y el suicidio.
- Nivel bachillerato o profesional. Este asunto confronta con varias situaciones: una de ellas es la de la necesidad de crear programas para llegar a población con bajos estudios, así también nos habla de una situación crónica de pocas y pobres ofertas laborales para quienes cuentan con estudios universitarios.

- El principal motivo de consulta fue trastornos en las relaciones interpersonales y que a su vez se asocian a estrés, depresión y ansiedad. Dentro de los trastornos en las relaciones interpersonales se puede considerar los casos de violencia intrafamiliar donde no existen las herramientas de negociación, asertividad, regulación de impulsos, costumbrismos y autoestima, por mencionar algunos factores, que permiten que sucedan.

## **2.6 Perfil del terapeuta telefónico**

Las características esenciales que debe poseer un TT, según Arrieta (2007) son:

1. Contar con la capacidad de empatía que le permita comprender los problemas del usuario tal como éste los experimenta.
2. Mostrarse humanitario e interesado por el conflicto de experimenta el usuario, pero a la vez proceder sin perder un segundo para reunir la información que necesita.
3. Mostrar una conducta comprometida y objetiva cuando interviene en la situación de un tratamiento previo, ya que esto permite percatarse de las distintas soluciones que hay que tomar sin que interfieran la ineficiencia e inactividad que invaden al cliente.
4. Desarrollar una escucha selectiva para detectar lo que tiene relación con el problema que se trate y lograr que los usuarios que se expresan con dificultad debido a su estado emocional le proporcionen la información que necesita.
5. Permanecer en una actitud activa; es imprescindible que tenga experiencia y haya adquirido habilidad para captar con rapidez las dificultades, determinar la dinámica que las encierran y poner en prácticas medidas acertadas. Una síntesis que contenga una serie de hechos esenciales y algunas observaciones permite que el usuario integre los elementos que el orientador crea importantes y corrija o añada datos para que éste tenga una idea precisa de la situación.
6. Proporcionar información veraz y actualizada acerca de ideas erróneas.

7. Ser directo y firme cuidando la proporción de comentarios hacia el usuario en comparación con los suyos. Se debe evitar comentarios superfluos y dar interpretaciones innecesarias, hacer uso adecuado de los silencios.
8. Habilidades para fijar límites.
9. Manejar técnicas catárticas las cuales influyen mucho para generar el cambio de conducta deseado.
10. Ser flexible e intuitivo en relación con las funciones que tenga que desempeñar para lograr reorientar como es debido, es decir, que según las exigencias de cada situación se muestre amistoso, confrontante, etc.
11. Tener experiencia necesaria para poder evaluar el estado mental del usuario, el riesgo de suicidio y la motivación para el cambio.
12. Saber manejar la base de datos con la que debe contar la línea acerca de las instituciones de salud mental, legales, médicas para poder referir a los usuarios de manera apropiada.
13. Es recomendable, pertenecer al mismo grupo cultural de los usuarios de la línea.

Gómez del Campo (en Arrieta, 2007) señala también algunas de las habilidades y actitudes que el orientador debe de tomar en cuenta para proporcionar apoyo de emergencia a una persona en crisis:

- a. Actitud positiva incondicional, lo cual involucra una aceptación cálida y genuina de cada aspecto de la experiencia de la persona.
- b. Congruencia, correspondencia entre lo que la persona piense, siente y hace.
- c. Empatía, esto es, comprender la experiencia del otro desde su propia visión del mundo.
- d. Confrontación, comunicar al otro las discrepancias que se observan entre lo que piensa y lo que dice; entre lo que siente y lo que dice; entre lo que dice y lo que hace y entre la vida que lleva y la vida que quiere llevar. Recomendablemente una vez que la rapport se ha establecido.
- e. Asertividad, capacidad para autoafirmarse y defender los propios derechos sin agredir a los demás; pues es una habilidad que ejercitará y modelará en su interacción con la persona que requiere el apoyo.

- f. Habilidades para facilitar la solución de problemas, conocimiento y aplicación de temáticas que permitan la definición del problema en términos de necesidades, la búsqueda de soluciones, la evaluación de cada opción, establecer un plan de acción, su ejecución y su correspondiente evaluación.
- g. Habilidades para la entrevista clínica y técnicas de evaluación psicológicas rápidas de aplicar y calificar.

Algunos otros autores como Prieto (en Ruben y Blonch, 2000); han escrito acerca de las características que debe poseer un TT, de manera general deberán ser:

- Sólida capacitación teórico-práctica
- Clara conciencia acerca de su papel profesional
- Capacidad para integrar diferentes corrientes psicológicas
- Concepción integral del ser humano
- Clara definición ideológica
- Formación profesional acorde con el medio social que enfrenta
- Capacidad de planificación
- Ética profesional
- Actitud de servicio
- Sensibilidad, tolerancia y amplitud de criterio
- Capacidad de establecer relaciones interpersonales
- Compromiso social
- Actitud innovadora y buena estabilidad emocional
- Capacidad de adaptación y flexibilidad

Complementando las opiniones de los 3 anteriores autores en la práctica profesional resultan importantes además:

- Proceso terapéutico personal y/o supervisión clínica constante ya que como lo reporta Weiss (2005), debido a que el anonimato de los usuarios les permite hablar abiertamente y de manera muy rápida su problemática a profundidad, esto genera en el TT sentimientos de cansancio, de ser usado, de impotencia cuando se trata de casos graves o cuando el usuario decide colgar que de no ser tratados en un proceso terapéutico o con la supervisión clínica que la misma línea debe de proveer, en los TT rápidamente presentan sentimientos de embotamiento que los puede llevar a no prestar la debida atención a los subsecuentes usuarios. Sin embargo también Weiss reporta que los TT logran sentimientos de satisfacción cuando después de algunas llamadas logran que un paciente identifique de

manera clara su problemática o comprende los beneficios que obtendrá de asistir a un proceso terapéutico. Los TT también logran sentimientos de satisfacción cuando tienen claro los alcances de su intervención que les permite aplicar de modo correcto el modelo de intervención en crisis; lo que abre el camino de la importancia de la capacitación constante y de calidad como en cualquier profesión.

- Otra herramienta importante que el TT deberá desarrollar es la habilidad de reconocer las alteraciones del discurso y del pensamiento que pueda presentar el cliente.
- Tono de voz adecuado. Es importante resaltar que el tono de voz es uno de los factores a considerarse en todo momento durante la llamada ya que será el único medio por el cual se dirigirá la intervención. Si el tono es el adecuado el usuario podrá sentirse acompañado, aceptado y podrá empezar a trabajar en reintegrar el suceso traumático en su historia de vida.

Además del tono de voz auditivamente adecuado, el TT tendrá que capacitarse en técnicas de comunicación efectiva, el principal elemento es la escucha activa, es decir, en saber escuchar. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye. La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, entender, comprender o dar significado a lo que se escucha y no simplemente percibir vibraciones de sonido. Se le llama activa porque tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. Los elementos que facilitan la escucha activa son:

- Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar al otro.
- Expresar al otro que se le escucha con comunicación verbal.
- Mostrar empatía. No se trata de mostrar alegría, ni siquiera de ser simpáticos, simplemente que somos capaces de ponernos en su lugar aunque no aceptemos la posición del otro. Para demostrar esa actitud, usaremos frases como: “entiendo lo que sientes”, “noto que...”.
- Parafrasear. Este concepto significa verificar o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir, lo que permite verificar si realmente se está entendiendo o se está malinterpretando lo que se dice. Un ejemplo de parafrasear puede ser: “Entonces, según veo, lo que pasaba era que...”, “¿Quiere decir que se sintió...?”.

- Emitir palabras de refuerzo o cumplidos. Pueden definirse como verbalizaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. Algunos ejemplos serían: "Debe ser muy bueno jugando al tenis", "escucho que ha podido resolver situaciones similares en el pasado", "Bien", "claro que le entiendo, lo dice muy claramente".
- Resumir: Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Expresiones de resumen serían: "Si no le he entendido mal...", "O sea, que lo que me está diciendo es...", "¿Estoy en lo cierto acerca de...?"

Elementos a considerar en la escucha activa:

- Trabajar sin distracciones, la curva de la atención que se inicia en un punto muy alto, disminuye a medida que el mensaje continúa y vuelve a ascender hacia el final del mensaje, es necesario combatir esta tendencia haciendo un esfuerzo especial hacia la mitad del mensaje con objeto de que nuestra atención no decaiga.
- No interrumpir al que habla.
- No juzgar.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no se preocupe, eso no es nada".
- No contar historias personales.
- No contra argumentar. Por ejemplo: el otro dice "me siento mal" y se responde "y yo también".
- Evitar el "síndrome del experto": tener las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que haya contado la mitad ([http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion\\_eficaz.shtml](http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml)).

En este capítulo se revisó lo referente a los servicios telefónicos que actualmente representan una ventaja económica en cualquier población donde los servicios tradicionales no son suficientes para atender la demanda de sus usuarios. El mismo efecto es el que ha sucedido en el ámbito de la intervención psicológica, principalmente en lo que se refiere a la intervención en casos de crisis, donde el teléfono además de reducir costos, elimina las barreras de desplazamiento, da flexibilidad en los horarios de atención y ayuda a prevenir trastornos mayores de lo que la crisis en si misma pudiera significar.

En México CIJ y SAPTEL son los pioneros de la Intervención en Crisis vía telefónica. La atención psicológica vía telefónica se ha extendido al ámbito laboral y privado mediante los Programas de Apoyo al Empleado que tienen el objetivo de atender las crisis y problemas del día a día de los empleados y sus familias permitiendo así al empleado desempeñarse de manera óptima en su trabajo.

Se revisó también el perfil de los usuarios de las líneas de atención psicológica, siendo este: mujeres de entre 20 y 30 años, con nivel de instrucción de licenciatura o preparatoria y su principal motivo de consulta son las relaciones interpersonales. Así como una revisión de las cualidades y habilidades que debe poseer un TT que atiende una línea de atención en crisis.

En el siguiente capítulo se escribirá de las definiciones de violencia de género, sus aspectos generales y clasificaciones, principalmente de la violencia física y la posibilidad de intervenir en el momento en que ésta desata una crisis emocional con técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual.

## Capítulo 3.

### Violencia física en la pareja.

*“Lo volvió a hacer...soy una tonta”*

*Usuaría de una línea de atención psicológica vía telefónica*

#### **3.1 Aspectos generales y definiciones.**

En México, de acuerdo con la ENDIREH 2006 (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, en ENDIREH, 2008) había 21.6 millones de mujeres casadas o unidas, de las cuales 35% reportaron haber padecido algún episodio de violencia (de cualquier tipo o la combinación de ellas) en el año previo al momento en que fueron entrevistadas. La misma encuesta revela que comparando el año de 2003 con el 2006 hubo un descenso en las prevalencia (número de mujeres que padecieron violencia por cada 100 mujeres de 15 años o más en un año determinado) de formas de violencia como la económica, la sexual y la emocional y en el caso de la violencia física hubo un ligero incremento.

Vivimos en una sociedad en la que se presentan actitudes violentas por todas partes, en la familia, en la escuela, en la calle, en la televisión, en las revistas; en donde existe violencia entre iguales, pero más aún de los fuertes hacia los débiles, los ancianos, los niños y principalmente hacia la mujer. Los roles sexuales y el significado que se le ha otorgado tanto a la mujer como al hombre ha sido una de las causas originarias de la violencia dando lugar a que dentro de la familia sea la mujer quien generalmente la sufre. Las percepciones sobre el papel que mujeres y hombres deben desempeñar en la sociedad, inciden en las formas de comportamiento, tolerancia y subordinación. Uno de los aspectos más importantes que se ha trabajado en políticas de población y en lo que respecta a salud

reproductiva son los derechos de las mujeres en relación con su integridad física debido a que a pesar de estos esfuerzos en 2006: 8% de las entrevistadas en la ENDERIH consideraron que es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera, 4.2% que el marido tiene derecho a pegarle a la mujer cuando ésta no cumple con sus obligaciones, 38% coinciden en que una buena esposa debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene y 68% afirman que el hombre debe de responsabilizarse de todos los gastos de la familia.

La violencia puede ocasionar un estado de crisis en las personas afectándolas a nivel cognitivo, fisiológico y conductual. Si bien afecta de manera individual a la persona que la padece, deberá entenderse como un fenómeno estructural con repercusiones sociales múltiples.

La violencia contra la mujer representa una de las formas más extremas de desigualdad de género y una de las principales barreras para el empoderamiento femenino, el despliegue de sus capacidades y el ejercicio de sus derechos, además de constituir una clara violación a los derechos humanos. Es la falta de mecanismos para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las mujeres y la escasa posibilidad de acceder a la protección de las instituciones de justicia, por una parte, y la tolerancia y aceptación social de la violencia, por otra, lo que sujeta a las mujeres en una posición vulnerable y se refleja en la elevada frecuencia y generalización de este fenómeno.

México ha firmado tratados con el objetivo de trabajar en la erradicación de la violencia contra las mujeres, uno de los más importantes es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer en Brasil en 1994 y publicada en el diario oficial en 1999. En 2007 el Poder Ejecutivo publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se establece la integración y puesta en marcha del Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres para que, en conjunto con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), trabajaran para gestionar instrumentos, políticas, servicios y acciones para el combate de la violencia. El Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012 (PROIGUALDAD) contiene directrices nacionales para alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres y además asegura el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia mediante una política pública que brinde garantías para su seguridad e integridad física, posibilite un desarrollo igualitario entre mujeres y hombres y garantice el ejercicio primordial de la libertad de las mujeres en un entorno social propicio (ENDIREH, 2008).

Existe en la literatura infinidad de definiciones de lo que es violencia, ya que en los últimos diez años se ha incrementado el reconocimiento de la magnitud de los problemas de violencia relacionada con asaltos sexuales, violencia doméstica y violación marital. También en los últimos años se ha legitimado su presencia dentro de la sociedad, investigado acerca de causas, consecuencias, prevención y tratamiento y legislado en su contra más que nunca.

Violencia es la aplicación de medios punitivos a cosas o personas para vencer su resistencia y es ejercida sobre personas de cualquier edad, condición social o cultural. Considerando sus múltiples dimensiones y connotaciones, ésta presente en la violencia el concepto de poder y jerarquía y es así como se ha expresado y manifestado históricamente en nuestras sociedades. En América Latina y el Caribe, la violencia forma parte de la estructura social y aparece vinculada a la organización del sistema social, permeando las distintas instituciones (San Pedro, 2008).

Ramírez y Uribe (en San Pedro, 2008) se refieren a los términos “maltrato” o “violencia” cuando existe un comportamiento de una persona (familiar o no) que tiene la intención de causar directamente un daño físico y/o emocional a las personas. La violencia es el acto de hacer daño intencional de manera verbal, física, psicológica, emocional o sexual; basado en que el agresor tiene poder y deseo de suprimir a las “personas débiles” (Rubin y Blonch, 2001).

La Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993 (en ERENDIH, 2008, pag.5) define la violencia contra la mujer como “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”.

La definición de la Procuraduría General de la República (PGR) en México define la violencia como el uso de la fuerza y el poder (de forma ilegítima) para someter o controlar a otros que generalmente se encuentran en un estado más vulnerable del que somete, ya sea por la edad, sexo, fuerza física o relación de parentesco. La violencia no es un incidente aislado, sino un patrón de conductas caracterizadas por el abuso de poder, la intimidación y la coerción; es un problema social y de salud ya que es una situación que avanza e incide física y mentalmente en la víctima.

Acerca de este tipo de definición como la que da la PGR vale la pena considerar: ¿en qué momentos el uso de la fuerza y el poder son legítimos en un contexto familiar? y ¿cómo se determina quién está en un estado vulnerable? ; ante estas dificultades estas definiciones en lugar de ser elementos protectores terminan justificando la violencia, igualmente sucede con las definiciones que, para este trabajo hemos dejado de lado, que justifican a la persona violenta etiquetándola con alguna enfermedad mental, es decir con algún trastorno psiquiátrico sin considerar el entorno social que lo permite. Binstock (en ENDIREH, 2008) señala que al diseñarse soluciones que erradiquen la violencia contra las mujeres no se deben de separar del concepto de igualdad de géneros ya que las políticas que no lo hacen, solo preservan el problema y que en consecuencia las estrategias legales para combatirla deben ser las dirigidas a promover la igualdad entre hombres y mujeres.

Se ha considerado que los hechos que se definen como violentos varían de acuerdo a la época y la cultura, de manera que una situación puede ser violenta en un contexto y no en otro, por lo que es necesario recurrir a definiciones actuales y del contexto social al que pertenecemos.

Castro y Riquer (ENDIREH, 2008) y Coker et-al (2000) coinciden en que:

- Las consecuencias de la violencia al interior de las familias son tanto o más graves como las agresiones de extraños;
- La violencia física, sexual y psicológica es cometida en su mayoría por hombres en contra de las mujeres;
- Los agresores no exhiben psicopatología diagnosticable;
- El consumo de alcohol puede exacerbar la violencia pero no es la causa que la provoca;
- En la mayor parte de las parejas que experimentan violencia, ésta se presenta desde el inicio de la relación, incluso desde el noviazgo;
- Se ha observado cierta tolerancia hacia los comportamientos violentos y cierta cronicidad que muestra que las mujeres permanecen en una relación violenta un promedio de 10 años;
- El límite o alto a la violencia de pareja está relacionado con la intervención de algún hijo(a), generalmente adolescente.

Acerca del tipo de mujer que es violentada, los mismos autores concluyeron que la población en mayor riesgo es:

- Mujeres con antecedentes de agresiones en su infancia; la violencia trasciende generaciones, de ahí que muchas mujeres y hombres que han sufrido violencia en su infancia la consideran parte inherente a su vida cotidiana, propiciando que la acepten como algo normal, al grado de no reconocerla e inclusive reproducirla; como víctimas o perpetradores. La prevalencia de mujeres que sufrieron violencia en su infancia ha disminuido conforme han pasado las generaciones. Este es el factor principal que propiciara que una mujer sufra violencia cuando viva en una relación de pareja.
- Que viven en el ambiente urbano; vivir en esas zonas tiene un riesgo del 37% mayor de padecer violencia emocional; 46% económica y 28% física, en comparación con las que radican en el medio rural
- Jóvenes; mujeres menores de 25 años tienen 50% de probabilidades de vivir violencia física y económica que las mujeres entre 35 y 50 años.
- Que viven en condiciones de hacinamiento; mujeres que viven en estas condiciones tienen mayor riesgo de padecer violencia: física (15%), económica (16%), sexual (14%) y emocional (8%).
- Con menores niveles de instrucción; las mujeres analfabetas o que no terminaron la primaria tienen 35% más probabilidades de vivir violencia emocional y económica en relación con las que terminaron por lo menos la secundaria.
- Que trabajan fuera de casa; el riesgo de sufrir violencia emocional se incrementa en 32% en relación con las que se dedican al hogar. Desafortunadamente esta condición eleva las probabilidades de sufrir cualquier tipo de violencia significativamente.
- Pertenecientes a clases socioeconómicamente bajas; al vivir dentro de este sector es más vulnerable a verse con problemas de desempleo, inseguridad financiera, hacinamiento, embarazos no planeados, entre otros, además de que a diferencia de familias con ingresos suficientes no pueden acceder a servicios de calidad para resolver sus problemas de casi cualquier índole, que son grandes estresores que pueden generar violencia familiar.

- Con nulo o bajo conocimiento de los conceptos de roles y equidad de género.

La violencia suele ser un evento externo que ocasiona cambios internos que modifican la vida interna de éstas mujeres, algunas de ellas pueden salir por sí solas de esta situación, otras necesitan de un apoyo externo para lograrlo, de ahí la importancia de la existencia de programas de atención en primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis.

En los hogares donde existen mujeres violentadas por su pareja, tienden a darse más casos de maltrato infantil que en los hogares sin violencia (Edleson 1999, Ramos 2000, Villatorio 2006 en ENDERIH, 2008).

### **3.2 Tipos de violencia.**

Existen diferentes tipos de violencia dependiendo de la manera de ejercerla, las principales son:

- **Psicológica.** Consiste en actos u omisiones repetitivas cuyas formas de expresión puede ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, manipulaciones, humillaciones, aislamiento, amenazas, aislamiento del círculo social, mentir, romper acuerdos y actitudes devalorativas de abandono.

En este tipo de maltrato se encuentran las situaciones que pueden dañar la estabilidad emocional de quien lo recibe o la alteración en su escala de valores, afectando su estructura de personalidad. Incluye el uso de expresiones verbales como insultos o gritos y no verbales como no dirigir la palabra, gestos.

La violencia psicológica o emocional es la más fuerte y la más difícil de identificar y por ende el daño que ocasiona es detectado cuando la autoestima se encuentra muy afectada. Su prevalencia es mayor entre quienes sí están de acuerdo en que las mujeres tienen derecho a defenderse y denunciar maltrato y agresión, es decir que cuando las mujeres están conscientes de que debe de existir igualdad y no concuerda con su vida cotidiana, se generan tensiones que pueden detonar en violencia. En realidad este tipo de violencia se encuentra generalizada a cualquier otro tipo de violencia.

El chantaje emocional es una forma de manipulación muy poderosa en la cual las personas cercanas y afectivas amenazan, directa o indirectamente, con castigar de alguna manera si no se hace lo que ellos quieren (Forward, 2003).

- **Sexual.** Se define como cualquier manifestación de contenido sexual donde se utiliza la intimidación, implica desde las agresiones físicas y/o verbales, hasta el hostigamiento sexual y la violación. Este patrón de conducta consiste en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: negar necesidades sexo-afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generan dolor, practicar la celotipia, control, manipulación, soborno, amenaza, chantaje, intimidación, coerción, uso de la fuerza física o dominio de la pareja que generan daño. La violencia sexual se manifiesta en diversos grados y formas como el abuso sexual (tocamientos a genitales, sin penetración así como el exhibicionismo, hostigamiento sexual, estupro, inducción a la pornografía o prostitución y la violación.

La violencia sexual es un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia, sin embargo cuando se ha estudiado se entiende como víctimas y victimarios, partiendo del acto violento catalogado como delito, lo que es limitativo ya que el problema es mucho más grande que el delito; lo que resulta verdaderamente importante atender son las ideas y significaciones políticas, religiosas y filosóficas sobre las cuales la violencia es justificada o permitida en una sociedad.

Este tipo de violencia es el principal disparador de pensamientos suicidas entre las mujeres agredidas, una de cada tres han pensado en quitarse la vida.

- **Económica.** Es la forma de agresión que tiene el fin de controlar tanto el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien la forma en que dicho ingreso se gasta, como la propiedad y uso de los bienes muebles e inmuebles que forman parte del patrimonio de la pareja (reclamos de dinero, amenazas o incumplimiento con relación a dar el gasto, usurpación de bienes materiales y prohibiciones de trabajar o estudiar. Generalmente las mujeres que conviven con las ideas de igualdad de derechos presentan mayor prevalencia que las que piensan que ellas no tienen derecho a participar en las decisiones económicas de la familia o pareja. Aún las mujeres que viven autonomía económica padecen este tipo de violencia.

- **Física.** Todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, objeto, arma o sustancia para inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro encaminado hacia su sometimiento y control. (Olivares,

2001). Puede ser ejercida al utilizar una parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia.

Va desde los empujones, bofetadas, puntapiés, sujeciones, rehusarse a ayudar cuando es necesario buscar atención médica, golpes que causan lesiones leves, moderadas y severas, hasta el homicidio.

Kernic y Bohoni (2007) en su estudio concluyeron que al intervenir la policía en incidentes familiares que refería a las víctimas a un Programa de Víctimas de Violencia, solo se referenciaron a víctimas con heridas visibles debido al abuso físico y donde se procedía al arresto del agresor. La agresión física es una de las manifestaciones de violencia más visibles que existen y en algunos casos no es hasta que ocurren este tipo de agresiones que las personas se dan cuenta de que viven en un ámbito violento y en otros casos se niegan a reconocerlo. Esta característica de ser fácilmente detectable por casi cualquier persona permite que el elemento de negación sea por lo menos socialmente rechazado, es decir, dado que la persona queda evidenciada se espera que haga algo y esto conduce fácilmente a una crisis al no saber cómo proceder. Aquí por qué éste trabajo está orientado a las crisis que se generan después de una agresión física.

Los datos indican que niveles más severos de violencia física ocurren en casos donde la violencia sexual también está presente. Hanneke (en San Pedro, 2008) sugiere asociaciones entre violencia sexual y otras formas de violencia ya que ambos son expresiones de violencia o control. Un factor fuertemente asociado con la violencia doméstica es el abuso de sustancias, es decir, en casos de violencia generalmente se encuentra a una persona que abusa del alcohol, de drogas ilegales o de medicamentos de manera indiscriminada, que produce que interfiera con su habilidad de controlar sus impulsos bajo condiciones de estrés; esto no quiere decir que el abuso de sustancias genere o justifique ningún tipo de violencia.

Existe principalmente dos tipos de violencia física intrafamiliar, uno son las parejas que pelean violentamente y otro son los casos donde solo la mujer es golpeada. Veremos las características de ambos según Sullivan y Everstine, 2006:

### **3.2.1 Parejas que pelean violentamente**

Algunos de los factores que generan violencia en la pareja es que la persona que genera violencia tiene poco control de impulsos, un desbalance fisiológico

ocasionado por medicamentos o drogas, alguna causa neuropsicológica como daño cerebral y con más frecuencia debido a factores culturales, psicológicos y sociales. Las conductas violentas generalmente ocurren cuando algún factor o la interacción de varios factores que generalmente previenen estas conductas, decrecen significativamente. En este trabajo solo se enfoca en las causas psicológicas, comunicacionales y sociales.

Al describir la violencia familiar, es necesario describir la palabra “escalada”. Hay dos acepciones principales de este término:

- a) Watzlawick et-al (en Sullivan y Everastine, 2006) describió la escalada de violencia como un tipo de relación donde una parte de la pareja no se percibe como “igual” y trata de demostrar que sí lo es, comentarios del tipo “Yo puedo hacer las cosas mejor que tu”, “Si tú puedes, yo también” son característicos de este tipo de violencia.
- b) Otra acepción se refiere a las relaciones donde los problemas ordinarios son percibidos como definitivos e infinitamente difíciles de manejar. En algunas ocasiones inicia inconscientemente, pero rápidamente se vuelve una lucha consciente de poderes dentro de la pareja.

En ambas acepciones siempre habrá una persona que se vive como víctima y una persona que justifica su violencia haciendo alusión a haber sido provocada; sin darse cuenta de que ambas posiciones tienen un punto de realidad y uno que no lo es y de esa manera perpetúan su posición dentro de la relación violenta.

Un factor psicológico que ha sido reportado en Sullivan y Everastine (2006) que es capaz de producir actos violentos entre la pareja es la manipulación a través de amenazas de abandono y su consecuente soledad, generalmente sobre la persona que ya sospecha, de manera real o imaginaria, no ser amada. Otros factores que desatan violencia son algunos mitos sociales como: “Si le pego, sabrá que me interesa”, “Si le pego como él (ella) lo hace, sabrá cuanto me lastima”, “Si intento terminar la relación, se dará cuenta de la necesidad de que cambie” y “Es mejor el sexo después de pelear”, que si bien tiene en el fondo una razón posiblemente bien intencionada son muy peligrosos ya que no necesariamente la pareja lo entenderá de la misma manera y generalmente solo mediante un tercero que escuche, descifre tales intenciones y se las exponga de manera más clara es que pueden romper el círculo de violencia; a la vez que les ayude a fijar nuevas pautas de relación saludables y claro, sin violencia.

Algunos rasgos que son de utilidad para evaluar una pareja que pelea violentamente según Sullivan y Everstine (2006) son:

1. ¿Qué tan conscientes son cada persona de las causas que desencadenan su enojo?
2. ¿Son capaces de establecer y seguir reglas de seguridad que les permita parar su enojo?
3. ¿Son capaces de reconocer que existen situaciones en las que no se logra un acuerdo en pareja y no eso no significa que es una situación en la que pierden algo, mientras el otro gana?
4. ¿Son capaces de tomar tiempos fuera antes de permitir que el enojo los haga actuar?
5. ¿Puede la persona que está celando discutir de manera racional?
6. ¿Puede desarrollar la pareja estrategias seguras para aliviar su estrés?
7. ¿Una de las partes de la pareja está siendo generando violencia de manera pasiva?, ¿puede reconocerlo?

Las parejas que generan violencia son una de las formas de violencia intrafamiliar que requieren ser atendidos preferentemente de manera tradicional en un proceso de terapia de pareja y que generalmente avanzan a otro tipo de violencia en el que el sistema familiar es diferente ya que en este caso una de las partes de la pareja es quien está recibiendo la violencia generalmente porque considera que no existe otra manera de vivir una relación, Sullivan y Everstine (2006) las considera como el Síndrome de la Pareja Golpeada, hablan de esposas porque son la generalidad sin embargo no niega que los hombres sean violentados físicamente.

### **3.2.2 Síndrome de la pareja golpeada.**

El síndrome de la pareja golpeada tiene relevancia ya que habla de más que la violencia física ocurrida en algunas parejas. Se refiere a una situación crónica definida como: “un proceso mediante el cual un miembro de la pareja sentimental experimenta vulnerabilidad emocional, pérdida del control y de su poder, con la sensación de estar atrapada consecuencia del ejercicio del otro miembro de la pareja de abuso sexual, físico, psicológico y moral” (Coker et-al, 2000, pág. 553)

Según estadísticas del FBI (Oficina Federal de Investigación) en EUA 52% de los asesinatos donde las víctimas son mujeres, el asesino era una ex-pareja (Sullivan y Everstine, 2006).

Los estudios clínicos ponen de relieve la prevalencia de la violencia de pareja y su relación con los traumas repetitivos y sus consiguientes problemas médicos y psiquiátricos; más de la mitad de los ataques no-fatales resultan en heridas y 10% de las víctimas requirieron hospitalización o usar servicios de emergencia, 75% de las mujeres identificadas con abuso en los servicios médicos, reingresaron al servicio por un nuevo episodio de violencia.

Los agresores pueden racionalizar su conducta excusándose en que la pareja es quien genera la violencia, algunos también piensan que los golpes son demostraciones de afecto, algunos piensan que sus parejas son muy dominantes o competentes y eso los desacredita o por el contrario que la pareja es muy pasiva o dependiente y esto les genera molestia. Después de un tiempo que ocurren la violencia la pareja golpeada puede llegar a aceptar estas razones distorsionadas que le proporciona el agresor como ciertas o a integrarlas como “parte de la vida” o a relacionar abuso con amor.

Entonces puede sentirse una mujer golpeada que su problema no le interesa a nadie y puede sentirse atrapada en la dinámica de violencia y con la sensación de que es imposible salir de ahí por lo que inicialmente en un tratamiento necesitará saber que existen instituciones que la protegen, personal profesional y voluntario que está dispuesto a atenderla, que existen leyes que la protegen, que existen lugares donde se puede refugiar, etc., lo que puede darle una nueva perspectiva al respecto.

### **3.3 Consecuencias de la violencia física en la pareja.**

Entre las consecuencias ocasionadas por la violencia que las víctimas han vivido con sus parejas, se encuentran algunas relacionadas con su salud mental o con la limitación de su libertad. INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres) mediante su dirección general de evaluación y desarrollo estadístico, reportaron dichas consecuencias dependiendo de cómo limitaba su libertad esa violencia o como incidía en su salud mental. Sus datos se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2. Porcentaje de mujeres casadas o unidas, de 15 años y más, según tipo de consecuencias sufridas debido a incidentes de violencia, en México en 2006**

<b>Consecuencias de la violencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Relacionadas con ver limitada su libertad	
Dejado de comer	19.4
Dejado de salir	15.6
Dejado de ver a sus familiares o amistades	12.1
Dejado de ir al médico	3.8
Dejado de trabajar o estudiar	5.4
Perdido dinero o propiedades	1.6
No le ha pasado nada	68.1
Relacionadas con la salud mental	
Pérdida o aumento del apetito	23.5
Problemas nerviosos	31.3
Angustia o miedo	26.2
Tristeza, aflicción o depresión	48.5
Insomnio	20.3
No le ha pasado nada	39.6

(Tomada de la ENDIREH, 2008).

Como se puede observar en la tabla las principales consecuencias de la violencia física tanto en lo que se refiere a su libertad y su salud mental son consecuencias que tienen repercusiones incluso médicas, lo que nos habla del gran impacto que tiene esta violencia.

Las consecuencias de la violencia son tales que alrededor del 15% de las mujeres que experimento algún episodio de violencia durante los 12 meses previos a la encuesta de INMUJERES recibió atención médica por este motivo, y el porcentaje se duplicó entre las víctimas de violencia sexual donde el 29% recibió atención médica.

Saucedo y Valladares (en San Pedro, 2008) clasifican las consecuencias de la violencia en seis rubros:

1. Daño conductual. Sus principales características son:
  - Cambios en los patrones de alimentación
  - Cambios en los patrones de sueño
  - Alteración en el estilo de vida
  - Intentos suicidas
  - Abuso del alcohol y drogas
  - Conducta agresiva
  - Abandono emocional de los hijos.
2. Daño afectivo. Sus principales características son:
  - Ansiedad generalizada
  - Sensación de inseguridad
  - Tristeza
  - Hostilidad hacia los hijos
  - Depresión
3. Daño somático. Sus principales características son:
  - Palpitaciones
  - Pulso acelerado
  - Dificultades respiratorias
  - Temblores
  - Incontinencia
  - Fatiga
  - Baja inmunológica
4. Daño Interpersonal. Sus principales características son:
  - Aislamiento
  - Disminución de las visitas a familiares o amigos
  - Distanciamiento emocional en general
  - Habla constante y obsesiva

5. Daño cognitivo. Sus principales características son:

- Vergüenza
- Culpa
- Baja autoestima
- Ideaciones catastróficas
- Angustia

6. Daño sexual. Sus principales características son:

- Disminución del deseo
- Anorgasmia
- Aversión sexual generalizada
- Dolor crónico en la pelvis

Las heridas físicas más comunes, consecuencias de la violencia física están localizadas en la cara, cuello, dorso, pecho y abdomen. Dentro de los síntomas somáticos generalmente presentan dolores de cabeza, de espalda, problemas ginecológicos incluyendo enfermedades de transmisión sexual e infecciones vaginales, dolor pélvico crónico, coito doloroso, embarazos no deseados y VIH. Las víctimas de violencia tienen también mayor riesgo de sufrir dolor abdominal, problemas digestivos, úlceras estomacales, frecuentes indigestiones, diarrea o estreñimiento; requieren atención médica de manera frecuente y tiene un alto riesgo de consumir medicamentos sean prescritos o no.

En el área laboral generalmente también se ven limitadas, ya que frecuentemente requieren incapacidad, dentro de los problemas reportados en el trabajo los más comunes son dolores de espalda, problemas circulatorios, dolor crónico, artritis, depresión o alguna otra dificultad emocional, asma u otro problema respiratorio incluyendo enfisema.

Sufrir violencia también incrementa el riesgo de vivir una pobre calidad de vida, estrés crónico, estrés postraumático, ansiedad, problemas del sueño, ideación suicida, niveles de energía menores, menor sensación de bienestar, menor autoconfianza, menores redes sociales, y mayor riesgo de uso y abuso de sustancias (Díez et-al, 2009).

Entonces, una de las consecuencias de vivir violencia física es padecer estrés. Este estrés como una de las consecuencias por sí misma puede generar otra serie de problemas que pueden evitarse si se atienden de manera oportuna. Una de las manifestaciones derivadas del estrés es el Estrés Postraumático.

### 3.3.1 Estrés Postraumático

Después de que una persona vive un evento traumático puede presentar síntomas característicos del Estrés Postraumático que de no atenderse puede volverse crónico y presentar características del Trastorno de Estrés Postraumático que es en sí un padecimiento que requiere atención psiquiátrica.

La característica esencial del Trastorno de Estrés Postraumático es que el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física o la de otros como los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. En los niños, pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño físicos (DSM-IV, 2002).

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violencia física o sexual). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

En algunos casos, por otra parte muy poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él.

Duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático según en DSM-IV (2002):

- Agudo. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
- Crónico. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
- De inicio demorado. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Acerca de la evolución de las secuelas postraumáticas González (2010) describen que las conductas que pueden observarse como respuestas a un acontecimiento catastrófico deben comprenderse como un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo conforme se van modificando las condiciones ambientales. Desde un punto de vista clínico conviene distinguir tres etapas o momentos evolutivos:

1) Reacciones inmediatas al acontecimiento. Se caracteriza por cuadro emocional lleno de temor o ansiedad que se produce en presencia del acontecimiento (caracterizado por ser inusual y desproporcionado). Dura mientras está presente el acontecimiento, generalmente suele ser breve. Puede ser simplemente la reacción esperable ante la situación excepcional creada por dicho fenómeno. Si esta etapa no se resuelve adecuadamente, el cuadro progresa hacia la fase siguiente.

2) Secuelas postraumáticas agudas. Se produce una vez que ha desaparecido el acontecimiento vivido. Se organizan en torno al recuerdo del trauma. El impacto del evento ha sido tan traumático que impide el procesamiento emocional del recuerdo. De esta manera se construye un recuerdo fragmentado del trauma y surgen una serie de perturbaciones emocionales más duraderas, en las que la ansiedad cristaliza en estructuras defensivas que se movilizan según los mecanismos disponibles que tenga el paciente. Surge un cuadro clínico polimorfo que puede durar días o semanas. Este cuadro puede remitir o bien evolucionar hacia la siguiente etapa.

3) Secuelas postraumáticas crónicas. Ocurre cuando no se produce la recuperación de la fase anterior. Comienzan algunos meses o más después del acontecimiento traumático e incluye una serie de alteraciones cognitivas, afectivas, fisiológicas y de las relaciones interpersonales, que pueden sistematizarse en torno a tres elementos sindrómicos fundamentales:

- Síndrome de repetición o reexperimentación traumática. Consiste en la intrusión persistente y repetitiva de ideas, imágenes y recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático, tanto en estado de vigilia, como durante el sueño en forma de pesadillas recurrentes. Puede aparecer de forma espontánea o desencadenada al asociar situaciones que recuerden en todo o en parte el acontecimiento inicial, a veces incluso con simples acontecimientos de la vida cotidiana. La exposición a estos acontecimientos o situaciones producen en el paciente intenso malestar y un incremento de la reactividad fisiológica.
- Conductas de evitación-embotamiento. Aparecen como defensa frente a la repetición y del malestar asociado a la exposición traumática, el paciente desarrolla una serie de estrategias de evitación tanto en los aspectos cognitivos (pensamientos, ideas o recuerdos del trauma, inhibición de las funciones cognitivas como la atención, concentración, memoria y asociaciones), como en los aspectos conductuales motores (situaciones, estímulos que puedan evocar recuerdos traumáticos) y afectivos (pérdida

de la resonancia afectiva, embotamiento emocional, disminución de la capacidad de experimentar afectos).

- Estado basal de hiperactivación. El paciente vive en un estado de alarma persistente, con manifestaciones de hiperalerta (hipervigilancia, irritabilidad, respuestas de sobresalto) y manifestaciones de hiperactividad vegetativa (síntomas neurovegetativos).

Al hablar de secuelas crónicas, implica que existe un intervalo libre de síntomas entre el acontecimiento traumático y la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático aunque en realidad no está tan libre de síntomas como pudiera parecer: lo que realmente se detecta en la experiencia clínica es una variabilidad sintomatológica subclínica, que antecede a la aparición del trastorno crónico. Prácticamente todos los autores reconocen la existencia de un periodo de latencia, aunque de gran variabilidad.

González y colaboradores (2010) han descrito una serie de síntomas y conductas que pueden darse en este periodo, tales como:

1. Conductas de aislamiento o retraimiento social.- Son muy frecuentes, oscilan desde el simple retraimiento afectivo a claras vivencias de incompreensión y hostilidad respecto al entorno. El sujeto puede mostrarse ambivalente respecto a sus emociones y decisiones.
2. Dificultades adaptativas.- Se detectan, unas veces respecto al medio donde estaba desarrollando su actividad profesional, otras veces ante cambios de situación.
3. Trastornos afectivos.- Algunas ocasiones son muy evidentes mientras que en otras se encuentran enmascarados por alteraciones físicas sin evidencia orgánica o alteraciones de conducta. Presenta sentimientos de culpabilidad, autoacusaciones por la muerte de otro, sentimientos de insuficiencia e incapacidad, de indignación o incluso se presenta riesgo suicida.
4. Trastornos por ansiedad.- Se observan cuadros de ansiedad generalizada, otras veces ataques de pánico y, más frecuentemente, se observan cuadros de ansiedad asociados a una situación determinada, con la estructura de una ansiedad fóbica.
5. Trastornos de somatización.- El paciente acude a múltiples consultas y especialistas con reiteradas quejas somáticas, cansancio intelectual, dificultades de memoria y de concentración, dolores de cabeza, vértigos, entre otros.

6. Alteraciones del sueño.- Son casi constantes. El paciente refiere dificultades para dormirse, sueños frecuentes con intranquilidad, pesadillas, despertar precoz y sueño poco reparador.

Como puede verse es el momento de Secuelas postraumáticas agudas donde la intervención oportuna tiene un gran peso al no permitir el paso al momento de las Secuelas postraumáticas crónicas.

### 3.4 Ciclo de la violencia

En ocasiones la violencia no tiene un “ritmo” definido, aparece sin justificación y en ocasiones existe una dinámica que constantemente se puede repetir dentro de una pareja en la que se ha identificado un círculo vicioso consta de tres etapas según Corsi (en Balcazar, 2001), como lo muestra la figura:



### 1. Acumulación de tensión.

Inicia este ciclo la dinámica donde el agresor se muestra irritable sin motivo aparente y la víctima trata de “arreglar” ese estado de ánimo sin resultados y es acusada de entrometida y de querer iniciar una discusión, cerrando así la comunicación. El agresor niega siempre su hostilidad y no da validez a las afirmaciones o valoraciones de la víctima, sin embargo con los amigos y la familia él puede comportarse como un tipo agradable y encantador.

Él cada vez comparte menos con ella sus planes o sentimientos, curiosamente, él siempre parece tomar el punto de vista opuesto al de su compañera en cualquier tema. Las comunicaciones de la víctima son formuladas con humildad "yo creo...", "me parece que...", mientras que el agresor habla con autoridad, como poseyendo la verdad, dando por sentado que el único punto de vista correcto es el suyo. La víctima del abuso vive en un estado de confusión, en público una persona diferente que en lo privado.

Todo empieza con sutiles menosprecios, ira contenida, fría indiferencia, sarcasmo, largos silencios, demandas irrazonables o manipulativas. La víctima empieza a caminar sobre agujas, con infinito cuidado evitando que él se enoje, preguntándose qué es lo que hace mal. El agresor se harta de tanta introspección y siente necesidad de castigarla verbal o físicamente o de ambas maneras.

### 2. Explosión violenta

El agresor termina perdiendo el control; explota y castiga muy duramente a la víctima, tan duramente que ésta resulta herida y terriblemente confusa. La tensión ha crecido hasta descargarse de muchas formas y en diferentes grados: insulta, dice cosas hirientes, pega, lanza o rompe objetos, se emborracha, permanece mudo días, pelea con otros, tiene un romance, compra cosas muy caras, juega, rechaza a la pareja, fuerza las relaciones sexuales, corta la tarjeta de crédito a la pareja, deja un trabajo, avergüenza a su pareja en público, cuenta historias de ésta a sus espaldas o enfrente de ella, cambia de casa, amenaza con violencia, con llevarla a un manicomio o llevarse a los hijos, rompe la promesa de conducir con precaución, priva de sueño a la pareja, entre otros.

La víctima ahora vive un dolor terrible, sin embargo no muestra su enfado ni toma represalias porque la desigual balanza que han establecido a lo largo de los años la paraliza. Todo el poder está en él y lo ha aprendido muy bien y se siente impotente, débil, con sentimientos de indefensión aprendida.

### 3. "Luna de miel".

En realidad, no es adecuado llamar a este periodo de "luna de miel" ya que este "buen" periodo puede ser no tan bueno, el agresor decide cuándo empieza y cuando acaba. Puede ser el tiempo más confuso y difícil para la víctima; sería más adecuado llamarla fase de manipulación afectiva.

El agresor se siente sinceramente apenado después de cometer el abuso (por lo menos las primeras veces), pide perdón, llora, promete cambiar, ser amable, buena pareja y buen padre, admite que lo ocurrido estuvo mal, se muestra amable y bondadoso, ayuda en las tareas del hogar como en los primeros tiempos, simula un resurgimiento de sus creencias "he vuelto a ir a la Iglesia desde que me dejaste", pone en Dios la responsabilidad por sus agresiones, sí bebía, deja de beber y su actitud suele ser convincente porque en este momento se siente culpable de verdad. Si la víctima le ha abandonado hará lo que sea para que le acepte de nuevo y ésta reacciona ante estas "nuevas" actitudes; por ejemplo podría pensar "si él puede dejar de beber, dejará de pegarme", pero no contempla que beber no es la causa de la agresión, ya que si así fuera el maltrataría también a otras personas. Usa el hecho de hacer terapia como signo concluyente de su curación "aquello ya terminó, estoy haciendo terapia y ya soy otro".

Hasta que el ciclo vuelve a empezar; cada vez la escalada de la violencia es más grave y los períodos del ciclo son más cortos en tiempo lo que provoca aún más confusión.

### 4. Negación.

La negación es el centro y sustento de la violencia doméstica. Las promesas de cambio requieren una confrontación, ya que negar el abuso es el argumento preferido del agresor y hasta que no reconoce este autoengaño y comprometerse en un proceso terapéutico individual, no hay cambio alguno.

La semilla de la negación aparece de forma solapada. El camino hacia la violencia viene asfaltado por miles de pequeños abusos racionalizados y negados, entrenados desde la familia de origen que lo permite.

La táctica fundamental para mantener la negación es minimizar, racionalizar y justificar cada incidente.

Minimizar. Es la distancia que el agresor hace de sí mismo y del daño causado, "yo no la pegué, sólo la empujé", culpando a la víctima de exagerar la agresión si

no hay evidencias manifiestas. Si las hubiera y prueban que se ha hecho algo incorrecto, se puede buscar justificación diciendo que no se pretendía dañar así, hablando de violencia física, aún más desafortunado es el hecho de que los abusos verbales y psicológicos son más fáciles de minimizar ya que pueden ser “debatidos” en lo subjetivo.

Racionalizar. Es un proceso de mentirse uno mismo sobre lo que puede ser una conducta aceptable como "Ella es feliz conmigo, esta es la única vez que la he pegado", "Ella es la que manda en casa". Cuanto más se repite el agresor este tipo de mentiras, más se las cree y al final se puede convencer a sí mismo de cualquier cosa, especialmente, cuando afrontar la verdad de los hechos es duro y difícil de soportar.

Justificar. Es explicar porque estaba bien hacer lo que se hizo, que hablando de violencia nunca es válido. "Tuve que amenazar con matarla porque se puso tan histérica que molestó a toda la vecindad y asustó a los niños, pero ella sabe que yo nunca podría hacerle ningún daño", "Ningún hombre hubiera aguantado lo que yo aguanté". Admitir que una conducta nociva sería admitir que la persona es nociva porque es normal identificar la conducta con la persona, sin embargo una conducta no describe la total personalidad de alguien. Si se acepta la premisa de que el carácter se puede entrenar y construir, un acto malo no es una condena de por vida sino un aspecto a trabajar y corregir, pero el agresor necesita tener la lucidez para darse cuenta de esto.

La negación es un truco de supervivencia ya que permite al agresor vivir con lo que ha hecho y no ser descubierto por la gente por ello los agresores gastan mucha energía en defender su negación.

### **3.5 Plan de emergencia**

Cuando se trabaja con mujeres que han vivido violencia física es indispensable informarle y orientarle acerca de la conveniencia de tener un plan de emergencia en caso de un nuevo ataque, teniendo en cuenta lo ya descrito acerca de que generalmente a una mujer le toma varios intentos terminar una relación de violencia por lo que segura y desafortunadamente lo necesitará. La Dra. Almeida (<http://www.ustream.tv/recorded/7040998>) comenta que éste plan consiste básicamente consiste en:

1. Memorizar números telefónicos de familiares y amigos
2. Memorizar números de ayuda
3. Tener una maleta con ropa, dinero y documentos importantes en casa de familiares o amigos, estos deben estar alertados del problema
4. Los niños deben de saber que significa el plan de emergencia y tener claves que les permita saber que va a llevarse a cabo
5. Tener a mano copia de llaves de la casa y del coche en caso de ser necesario
6. Cuando tiene una discusión que puede terminar en violencia, es necesario llevar dicha discusión a la cercanía de la salida de la casa
7. Cuando tiene una discusión que puede terminar en violencia, es necesario alejarse de la cocina o cualquier lugar donde haya instrumentos que puedan dañarla
8. Si la pareja ya ha perdido el control, es necesario no llevarle la contra
9. Salga en cuanto sea posible
10. Si el agresor ya se fue de casa, cambie cerraduras, número telefónico y ponga seguros en las ventanas.
11. Informe a la escuela de sus hijos quienes están autorizados para recogerlos y ponga énfasis en que él no puede llevárselos.
12. Cambie sus rutinas en caso de ser acosada
13. Cambie sus cuentas bancarias
14. Lleve un record de las molestias con el objetivo de poner una orden de restricción en caso necesario.
15. No crea en promesas de cambio basadas en la mera voluntad del agresor.

Entonces, ambos, víctimas y generadores de violencia requieren atender las razones psicológicas que los llevan a permanecer dentro de esta dinámica que no depende de la pareja en ninguno de los casos, si no de la manera personal de relacionarse con una pareja y con el mundo en general.

Por ello en el siguiente capítulo se hablará de la Terapia Cognitivo Conductual como una de las opciones terapéuticas para trabajar con personas que han vivido violencia física y que por las características de este enfoque terapéutico es factible de usarse vía telefónica, atendiendo la crisis de la usuaria como su posterior seguimiento.

## Capítulo 4.

### Terapia cognitivo conductual

*“Ya no quiero tolerar esto...necesito ayuda”  
Usuaría de una línea de atención psicológica vía telefónica*

#### 4.1 Aspectos generales de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Romper el círculo de la violencia en el primer intento es prácticamente imposible, generalmente son necesarios entre tres y nueve intentos para abandonar la relación o la casa donde se vive violencia e indudablemente requerirá de una red de apoyo a la cual la persona pueda recurrir; dentro de esa red se encuentran los terapeutas tradicionales (cara a cara) y los TT que atienden las líneas de atención psicológica en crisis. Ambos terapeutas pueden verse beneficiados con distintas corrientes psicológicas según su instrucción, gusto o conveniencia dependiendo de cada caso.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es uno de los enfoques que pueden trabajarse en las líneas de atención psicológica, durante la crisis y posterior a ella.

La corriente Cognitivo Conductual ha despertado interés entre los clínicos por seis principales motivos, según Pinedo, González, García, González y Herrera (2005):

1. Tiene su foco en los pensamientos y emociones, elementos fundamentales dentro de la patología psiquiátrica.
2. Muchos clínicos perciben la TCC como el puente de unión entre las teorías puramente comportamentales y las psicodinámicas.

3. A diferencia de las terapias psicodinámicas son susceptibles de evaluación en ensayos clínicos controlados.
4. La TCC maneja un lenguaje clínico más comprensible y menos enigmático.
5. La capacitación de los terapeutas cognitivo-conductuales requiere de un menor tiempo de formación y es posible contar con métodos de supervisión.
6. Representa una ventaja desde el punto de vista funcionalidad-costoduración.

#### **4.2. Antecedentes de la TCC**

Albert Ellis a finales de los años cincuenta rompió con los modelos psicoanalíticos y desarrollo los principios básicos de la llamada Terapia Racional Emotiva (TRE) que hoy día es una de las más representativas de las llamadas Terapias Cognitivo-Semánticas, que se caracterizan porque su principal modo de acción es el modificar patrones erróneos del pensamiento (irracionales) y la premisas, asunciones y actitudes subyacentes a éstas cogniciones (Pinedo, et-al 2005).

La premisa básica de la TRE es que la mayor parte del sufrimiento emocional, es el resultado de los modos irracionales en que los seres humanos interpretamos el mundo. Ellis encontró tres tipos de creencias irracionales generales:

1. Demandas irracionales hacia uno mismo.
2. Demandas irracionales hacia los demás
3. Demandas irracionales hacia el mundo.

Basado en éstas demandas irracionales sustentadas en 12 ideas irracionales, Ellis desarrolló una teoría de exposición muy sencilla para explicar a sus pacientes que sus respuestas conductuales y emocionales ante ciertas situaciones, no derivan directamente de ellas si no que son el resultado de un sistema de creencias (preferencias, conceptos, prejuicios, gustos, valores y principios) y que si éstas tienen un carácter irracional (absolutistas, autoderrotistas, perfeccionistas, etc.) darán como resultado natural conductas y emociones igualmente irracionales (angustia, ira, depresión, etc.).

Ellis describió un sencillo esquema que lo representa:

**Esquema 1. Representación del modelo de Ellis del funcionamiento de las creencias irracionales.**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Evento activador. Representa los hechos de la realidad	Sistema irracional de creencias relacionadas con A	Respuesta emotivo-conductual irracional determinadas por B

La tarea del terapeuta se basa en 3 acciones principales:

- Determinar los eventos activadores del sujeto (sus A's)
- Ayudar al usuario a descubrir las pautas específicas de pensamiento, las creencias subyacentes que son activadas por dichos eventos y la interpretación que hace de ellos (B), lo que determinarán las respuestas llamadas desadaptativas.
- También le ayudará a modificar éstas pautas de pensamiento (D) por medio de evaluaciones objetivas de los estímulos activadores de la realidad, específicamente por el debate racional de los sistemas disfuncionales de creencias, lo que a su vez modifica de manera automática las respuestas emotivo-conductuales originales por otras más racionales (E), por lo que el esquema sería así (esquema 2):

**Esquema 2. Representación del modelo de Ellis de la Terapia Racional Emotiva.**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Evento activador. Representa los hechos de la realidad	Sistema irracional de creencias relacionadas con A	Respuesta emotivo-conductual irracional determinadas por B	Modificación terapéutica de B	Nuevas respuestas emotivo-conductuales más racionales.

Aarón Beck por su parte a principios de 1960 (en Pinedo et-al, 2005) también abandonó su orientación psicodinámica y se internó en el cognitivismo retomando algunos de los principios de Ellis con la intención de poder probar científicamente las teorías psicodinámicas de la depresión en sus pacientes y descubrió en su intento un patrón cognitivo en los pacientes deprimidos caracterizado por: ideas negativas sobre sí mismos, ideas negativas sobre los demás e ideas negativas sobre el futuro. Además se percató de que los pacientes depresivos cometían errores perceptuales e interpretativos de la realidad a los que denominó “Distorsiones cognitivas”.

A través de estos descubrimientos se desarrolló lo que hoy se conoce como TC que ha trascendido el campo de la depresión y se establece como una teoría global de la psicopatología que incluye todas las categorías diagnósticas del Eje I y II del DSM-IV. Beck ha dado sustento científico sobre la eficiencia y efectividad de esta técnica en los diferentes padecimientos; uno de estos estudios es aquel donde comparo los efectos de antidepresivos contra la TCC, durante 12 semanas de tratamiento, donde tanto los antidepresivos como la TCC demostraron iguales resultados y la combinación de ambas fue aún mejor (Pinedo et-al, 2005).

Algunos de los padecimientos en los que la TCC ha demostrado ser eficiente son los trastornos obsesivos compulsivos, de pánico, de ansiedad generalizada, por estrés postraumático, de la alimentación, de la personalidad, en adicciones, entre otros.

### **4.3. Principios de la TCC**

Para poder entender los principios de la TCC es necesario familiarizarse con tres conceptos claves como los describe Pinedo y colaboradores (2005):

#### **1. Eventos cognitivos.**

Son el flujo de pensamientos e imágenes que tiene toda persona, pero a los que con frecuencia no se les presta mayor atención; la recuperación en la conciencia de estos pensamientos puede resultar fácil si se nos solicita mediante una indicación del tipo “en cualquier momento que experimente un sentimiento o sensación desagradable trate de recordar los pensamientos que había tenido antes de éste sentimiento”. Debido a la gran velocidad con la que se desarrollan éstos pensamientos y a la emergencia automática de los mismos, Beck (en Pinedo, et al 2005) les denominó “Pensamientos automáticos”, con frecuencia son

vagos informes telegráficos generados sin que el sujeto los inicie voluntariamente, son difíciles de interrumpir y con frecuencia no son cuestionados; de manera que son verdaderos para el sujeto sin importar su fundamento lógico y por lo tanto son los responsables de las consecuencias emocionales de esa interpretación como lo describió Ellis. Los pensamientos automáticos negativos tiene la particularidad de ir acompañados de una atención selectiva hacia ciertos estímulos; por ejemplo una mujer que viva violencia prestará más atención a los comentarios de su agresor aunque éstos sean violentos a diferencia de los comentarios que pudiera hacerle una amistad, la familia o el terapeuta y de esta manera el estado anímico esta dictaminado por los comentarios violentos.

## 2. Procesos cognitivos.

Se refieren a “como” pensamos, es decir, a los procesos automáticos del sistema cognitivo, el procesamiento de la información incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento así como procesos de inferencia y de recuperación. Todos estos procesos son rutinas que han sido tan ensayadas que se lleva a cabo una síntesis y usualmente se desarrollan de manera automática. Una alteración de los procesos cognitivos son las Distorsiones Cognitivas, que al modificar el procesamiento de la información, contribuyen a generar y mantener los estados emocionales alterados. Ejemplos de distorsiones cognitivas son:

- Pensamiento polarizado o dicotómico.  
Es la tendencia a categorizar los eventos en opuestos o pensar en términos absolutos: bien o mal, todo o nada, “debo estar con él siempre”, “nadie entiende como me quiere”, “debo soportar todo” son ejemplos de este tipo de distorsión cognitiva.
- Sobregeneralización.  
Se refiere al proceso de llegar a conclusiones de gran alcance con una evidente insuficiencia de premisas o datos: “mi novio me abandono, nunca confiaré en ningún otro hombre”, “esta vez no me pego cuando tomo, ya nunca lo hará”.
- Inferencia Arbitraria.  
Es el proceso de elaborar conclusiones en ausencia de evidencia o incluso ante evidencia contraria a las conclusiones: “merecía que me pegará”, “va a cambiar cuando vea lo que hizo”. Ya sea mediante la “lectura del pensamiento del otro” o la “adivinación del futuro”

- **Magnificación.**  
Se refiere a la tendencia a magnificar lo negativo y minimizar lo positivo: “me fue pésimo hablando con el terapeuta, no entiende lo que en realidad pasa” cuando en realidad fue confrontada.
- **“Debo o debería”**  
Es cuando sin cuestionar lo lógico que pueda ser una demanda se exige como válida: “las mujeres debemos soportar los maltratos del marido”.
- **Filtro mental**  
La persona centra su atención en un solo detalle negativo y pasa por alto todos los aspectos positivos de una situación determinada, “es que no logre hacer que se sintiera ajusto con lo que hice por él”.
- **Descartar lo positivo**  
La persona se empeña en pensar o decir que sus cualidades positivas no cuentan, “si yo me desempeño muy bien en mi trabajo pero no es lo que me importa ahora”.
- **Inculpación**  
En lugar de detectar la causa de un problema, la persona se dedica a asignar culpabilidades, a si misma o a los demás, “lo que pasa es que su mamá así lo crío”.

### 3. Estructuras cognitivas.

Las estructuras permiten que el perceptor identifique los estímulos a los que se les pondrá atención, categorice el evento, seleccione una estrategia para obtener información, resuelva el problema y generalmente lo ayude a alcanzar metas. Forman la base de una serie de principios o reglas generales de análisis a los que Beck denominó Creencias Intermedias. Por ejemplo en un paciente violentado el esquema dominante es el desamparo o desamor (fracaso social o de rechazo).

Beck desarrolló una terapia de corta duración (10 o 15 sesiones) que tiene aplicación individual, grupal, de pareja y de familia que ayuda a los pacientes a hacer conciencia de sus eventos, procesos y estructuras cognitivas y a enseñarle los métodos que les permita cambiarlos.

#### **4.4. Objetivos de la TCC**

El objetivo primario de la TCC es ayudar al paciente a tomar consciencia de la múltiple interacción de factores y de los diferentes flancos de intervención que éste tipo de terapia puede ofrecerle. Su proceder puede definirse de manera simplificada en tres puntos:

- Registro de cogniciones (pensamientos automáticos) como hipótesis dignas de examinar.
- Ejecución de experimentos personales (para validar o desechar creencias)
- Examinar la naturaleza de las creencias o esquemas que dan lugar a sus trastornos emocionales o conductuales.

El papel activo del paciente permite desarrollar seguridad y confianza en el proceso, así como disminuir la dependencia hacia el terapeuta. El terapeuta también actúa como entrenador de habilidades en las que el paciente presenta deficiencias, por ejemplo, habilidades sociales, autoafirmación, baja autoestima, rehabilitación de procesos, fenómenos o fallas de estructura que requieran de técnicas de estructuración o reestructuración cognitiva, por ejemplo: programas de planteamiento de problemas y alternativas de solución. Es requerido ayudar al paciente a anticipar y planear la posibilidad de eventuales fracasos que puedan presentarse en el camino.

Beck (en Pinedo, 2005) propone algunos principios de la TCC:

1. La TCC se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos. Es decir, hay que formular el antecedente cognitivo detrás de los sentimientos y conducta desadaptativas del paciente así como los estímulos y factores desencadenantes que influyen en su percepción; el terapeuta rastrea en el pasado los modelos o esquemas de donde provienen éstos procesos, mediante la información directa con los pacientes.
2. La TCC requiere de una sólida alianza terapéutica. El terapeuta fomenta la confianza del paciente a través del interés, calidez, empatía, preocupación genuina, competencia y constante revisión al trabajo ya realizado en sesiones previas, entre otras cosas.

3. La TCC enfatiza la colaboración y la participación activa. La labor del terapeuta se basa en hacer entender al paciente que el proceso terapéutico es producto de un trabajo en equipo, de tal forma que ambos deciden la temática de las sesiones, la frecuencia y las tareas a desarrollar entre sesiones, con la intención de que el paciente aprenda a detectar sus propios sentimientos automáticos y distorsiones cognitivas.
4. La TCC está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. Desde el inicio del proceso terapéutico se establecen los objetivos a cubrir, la evaluación que el terapeuta haga de dichos objetivos como factibles determinan el éxito del proceso.
5. La TCC está dirigida al presente. Ya que la modificación de los sistemas disfuncionales presentes generalmente basta para solucionar los síntomas del paciente, el terapeuta cognitivo conductual será directivo para ubicar la atención en el aquí y en el ahora. Aunque en algunas ocasiones es necesario hablar del pasado como cuando el paciente tiene predilección a hacer referencia al pasado, cuando actuando en el presente no se logra modificar los elementos cognitivos o cuando es importante analizar los orígenes de ciertos pensamientos o creencias.
6. La TCC tiene fundamento pedagógico, cuyo objetivo es enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, poniendo énfasis en la prevención de recaídas. El proceso se basará en enseñarle al paciente la interrelación entre pensamiento-emoción y conducta y como modificar sus creencias irracionales o distorsiones cognitivas, esto con el objetivo de que el paciente pueda desarrollar habilidades suficientes para manejar dicha interrelación de manera más funcional y se traduzca en un cambio cognitivo-conductual-emotivo.
7. La TCC tiende a ser limitada en el tiempo. El rango de tiempo aproximado para los pacientes en una TCC es de meses. En lo general se recomienda una frecuencia de una vez a la semana, que se ampliará a cada 15 días, después cada mes, tres, seis o doce meses en fases posteriores de reforzamiento y prevención de recaídas.

8. Las sesiones de TCC son estructuradas. Durante todas las sesiones se verifica el estado anímico del paciente, se les pide una pequeña reseña de los acontecimientos de la semana, se le solicita algún comentario de la sesión anterior y se establece junto con el paciente el plan de trabajo durante la sesión actual, revisa y diseña nuevas tareas para la semana. Realiza frecuentes síntesis de lo ya trabajado y obtiene algún tipo de retroalimentación por parte del paciente al finalizar.
  
9. La TCC se sirve de una gran variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. La TCC utiliza una larga lista de procedimientos terapéuticos derivados de la terapia comportamental (técnicas de modificación de conductas) y de la psicoterapia gestáltica (juego de roles y ciertas de imaginación). De tal manera que la TCC toma la libertad de utilizar recursos técnicos cuyo valor terapéutico esta empíricamente probado y que dentro del marco teórico cognitivo conductual, tengan un fundamento. En suma la TCC no representa solo un conjunto de técnicas terapéuticas sino más bien, la conceptualización del proceso de cambio que presuntamente se encuentra en cada uno de los procedimientos terapéuticos.

#### **4.5 Actitudes racionales**

Cuando los patrones desadaptativos (irracionales) o adaptativos (racionales) son más o menos estables en un paciente, se dice que tiene una Actitud racional. La salud psicológica de un individuo es directamente proporcional a la suma de sus actitudes racionales con las que cuenta en su repertorio cognitivo conductual y pueden servir como criterios generales de evaluación; así, según Pinedo et al (2005) un sujeto sano presentaría las siguientes características:

- Interés por sí mismo primero que por otros, puede hacer sacrificios sin que éstos signifiquen anularse.
- Interés social racional y positivo, participando en la sociedad y protegiendo sus derechos morales y sociales y los de los demás.
- Autodirección, asumiendo la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás.

- Alta tolerancia a la frustración. Los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse, aceptando aquellas cosas que no dependen de ellos y aprendiendo la diferencia.
- Flexibilidad, suelen tener ideas abiertas al cambio por lo que no dictan reglas rígidas para ellos ni para los demás.
- Aceptación de la incertidumbre. Aceptan que viven en un mundo de probabilidades y de continuo cambio donde no hay certezas absolutas y pueden disfrutarlo. No exigen saber con exactitud que les depara el futuro.
- Comprometerse en ocupaciones creativas. Para la mayoría de las personas resulta saludable y satisfactorio implicarse en forma vital en algo fuera de sí mismos
- Pensamiento crítico. Los sujetos sanos tienden a tener pensamientos objetivos, científicos y lógicos.
- Autoaceptación. Son personas que le dan a su existencia el valor fundamental de sí mismos y rechazan la idea de evaluarse a través de los logros o de la opinión de otros.
- Arriesgarse. Tienden a arriesgarse e intentar hacer lo que pretenden sin ser temerarios.
- Gusto a largo plazo. Aspiran a placeres del presente pero son capaces de posponerlos si con ello obtienen mayor bienestar a mediano plazo.
- Antiutopía. Saben aceptar que nunca podremos conseguir absolutamente todo lo que deseamos ni evitar absolutamente todo el dolor, ansiedad, etc.
- Responsabilidad sobre sus alteraciones emocionales. Los sujetos sanos aceptan la responsabilidad que tienen sobre sus propias perturbaciones en lugar de culpar a los demás de manera defensiva respecto a sus propios pensamientos, emociones y conductas.

#### **4.6. Guía de técnicas de intervención.**

Son muchas las técnicas que la TCC retoma en su aplicación y por no ser el objetivo del presente no se ahondará en la descripción de cada una de ellas, para este trabajo basta mencionar que algunas de estas técnicas son retomadas de la terapia Conductual o Gestalt. Se presenta una clasificación de técnicas conductuales de acuerdo a Gavino (2009) y hay que recordar que la TCC es más que un conjunto de técnicas terapéuticas sino la representación de un modelo conceptual para la comprensión y el tratamiento de diversos problemas clínicos. Muchas si no es que todas las técnicas que serán mencionadas son aplicables en

la intervención psicológica vía telefónica de mujeres en crisis que han vivido violencia física o en el seguimiento que se les da después de la crisis.

1. Técnicas basadas en la información.
  - Biblioterapia
  - Información
  - Orientación
2. Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas.
  - Modelamiento
  - Encadenamiento
  - Control estimular
  - Economía de fichas
  - Coste de respuestas
  - Tiempo fuera de todo reforzamiento
  - Practica masiva (o negativa)
  - Sensibilización encubierta
3. Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad
  - Desensibilización sistemática
  - Inundación
  - Aproximación sucesiva
  - Prevención de respuestas
  - Intención paradójica
4. Técnicas dirigidas al entrenamiento en soluciones de problemas y el control de las cogniciones.
  - Solución de problemas
  - Detención de pensamientos
5. Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones
  - Terapia cognitiva

Para información de éstas técnicas puede consultar: Gavino, A., Berrocal, C., Cobos, P., López, A., Rodríguez-Naranjo, C., (2009). "Guía de técnicas de terapia conductual" Psicología pirámide. España.

## 4.7 La relación terapéutica

La psicoterapia, cualquiera que sea la corriente, no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre el paciente y el terapeuta. La relación terapéutica es el canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos, no críticos y congruentes es una de las condiciones de posible éxito del tratamiento como lo constato el estudio de Watson y Geller (en Gómez, 2010) en el cuál la percepción de la relación terapéutica fue predictiva del tipo de resultados.

Al iniciar el tratamiento, el terapeuta debe enfocarse en el desarrollo de una relación cálida, segura y de aceptación; desde la perspectiva cognitiva la empatía consiste en entender al paciente en términos de su propio marco de referencia para promover la exploración, la creación de significados y facilitar el procesamiento emocional. Aun cuando el proceso terapéutico este regido por un manual, la parte humana se basa en la habilidad del terapeuta de lograr esta relación positiva.

La mutua colaboración será parte del proceso de TCC elemental, dicha colaboración puede verse fortalecida a través de:

1. Desarrollar una relación sobre una base recíproca, es decir ninguno de los participantes tiene un rol superior.
2. Todos los procedimientos son abiertos y se explican claramente al paciente.
3. Se diseñan tareas intercesión de modo colaborativo.
4. Se admiten errores.

Un terapeuta cognitivo-conductual deberá tener mucho cuidado en trabajar sobre expectativas reales y positivas, una manera de hacerlo es proporcionarle al paciente una conceptualización de su problema específico y un fundamento convincente del tratamiento específico empleado, así se construye un nexo entre la lógica del paciente y la lógica del terapeuta.

La necesidad de crear una relación terapéutica positiva está dirigida a que el paciente se permita tomar riesgos al hacer las tareas intercesiones y que este motivado al cambio.

El terapeuta puede optar por:

- Tener una actitud terapéutica consistente de respeto, amabilidad, cuidado y en sintonía con los logros del paciente y no solo con los problemas de éste.
- Tener conocimiento de técnicas terapéuticas que permita comprender como las personas se forman impresiones, responden y se motivan a iniciar y sostener cambios.
- Tener conocimiento y sensibilidad acerca del timing para preparar una intervención en el momento adecuado.
- Ser creativo al momento de organizar sus intervenciones adaptándolas a las características únicas y específicas del paciente.

Como toda relación humana la relación terapéutica es susceptible de rupturas, es de esperarse que en el inicio de la relación la empatía y calidez que el terapeuta pueda brindar al paciente y sus problemas son de vital importancia, al final de la relación vuelven a ser muy importantes dichos elementos con el objetivo de que los cambios sean bien adaptados como hábitos y se mantengan, pero en el medio del proceso habrá desacuerdos sobre las tareas, sobre las metas o habrá problemas en la dimensión del vínculo.

Estas rupturas son puntos de desconexión emocional entre el paciente y el terapeuta que crean un cambio negativo en la relación, por ello es importante que el terapeuta las reconozca y pueda hablarlas con el paciente indagando acerca de sus percepciones y sentimientos de la relación misma. Con esta información el terapeuta puede hacer operaciones mentales de empatía que focalicen sobre su propio estado problemático y cuales son compartidos con el paciente.

Gómez (2010) describe las rupturas en la TCC como resultado de la adherencia rígida a modelos de tratamiento, cuando los terapeutas responden a tensiones en la relación con la persistencia dogmática de la aplicación de una técnica terapéutica en lugar de explorar las dificultades en la experiencia emocional del paciente. También aportan información acerca de cómo el paciente lleva sus relaciones afuera del consultorio por lo que pueden considerarse actualizaciones del problema y oportunidad para el trabajo con patrones interpersonales disfuncionales.

Sin embargo como hemos revisado a lo largo de este trabajo cada crisis es peligro y oportunidad por lo que las rupturas pueden ser manejadas como amenazas o

reparación de la relación que fortalece y condice al cambio. Algunas de las estrategias para trabajar con las rupturas son la abierta exposición del problema en sesión, la validación de las emociones y la aceptación de la responsabilidad en dicha ruptura.

Es importante recordar que cuando se tratan temas de violencia, como algunos otros, las ideas preconcebidas que impiden el cambio pueden estar tan arraigadas que resulta desgastante para el terapeuta no ver cambios inmediatos, por lo que es necesario recordar que:

- No hay que sobrestimar el poder de seducción del agresor con la pareja violentada y con los hijos.
- Las mujeres que son violentadas se relacionan a través de la violencia y es el modelo que esperan de la relación terapéutica.
- Llevará varios intentos romper con el círculo de la violencia.

Para Kleinke (en Arrieta, 2007) es importante que el TT esté consciente de los errores más comunes con el fin de evitarlos, menciona algunos de ellos:

1. Desear ser apreciados por el cliente. Ser consciente durante la llamada que se generaran sentimientos de ira, tristeza, ansiedad y hostilidad en el usuario y en el terapeuta telefónico; perder de vista este aspecto puede generar conflictos de ambas partes innecesarios para el proceso.
2. Tener un discurso muy intelectualizado. Especialmente importante cuando un usuario tiene un discurso racionalizado y que el terapeuta telefónico acepte el reto de “quién sabe más”.
3. Comportamientos inadecuados. Tales como reírse nerviosamente, divagar, revelaciones personales, etc.
4. Pretender curar al usuario. Basados en las experiencias de lo que es bueno o malo para el TT se puede tener la creencia de que curaran esos malos comportamientos.
5. Centrarse en otras personas distintas al cliente. A veces los usuarios señalan que sus problemas son debidos a otras personas en sus vidas y les es difícil centrarse en sus problemas interpersonales.
6. Hacer demasiadas preguntas. Principalmente al inicio de la llamada ya que no permite que el usuario se sienta escuchado y fácilmente pueden perder de vista su motivo de llamada.

7. Mantenerse en aspectos superficiales. Se debe encontrar el equilibrio entre empujar a los usuarios hacia niveles más profundos de experiencia y sentimiento por un lado y respetar sus vulnerabilidades por otro.
8. Evitar o no permitir el tiempo suficiente para terminar la llamada. Ésta debe planearse para poder asegurar el compromiso de un seguimiento

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, la TCC es un enfoque terapéutico válido para trabajar con mujeres que han vivido violencia ya que trabaja desde los modelos mentales que propician y mantienen esquemas en los que se valida (para ellas y sus parejas) dicha violencia.

Ya que la TCC trabaja mediante la exposición a ejercicios y vivencias que crean creencias diferentes, el momento en que una mujer vive violencia y que esta queda evidenciada, es un buen momento para empezar a trabajar desde estas vivencias alteradas y disonantes con las creencias previas.

La implementación de la TCC puede entonces ser trabajada vía telefónica ya que no es necesario el acompañamiento físico para tener éxito en dicho proceso.

## Conclusiones.

Las crisis pueden ocurrir en cualquier momento y a cualquier persona; siempre conducirán a un desequilibrio emocional, cognitivo, conductual y su desenlace depende de las habilidades y recursos con los que cuente la persona, ésta tiene la oportunidad de resignificar el evento y aceptarlo como parte de su vida o presentar un desorden emocional mayor que perdure en el tiempo.

Las crisis en general conducen a un estado caracterizado por confusión, excitabilidad, nerviosismo, rabia, pesadillas, aplanamiento emocional, incredulidad, sentimientos de culpa, tristeza profunda, imágenes del evento traumático, imágenes de agresión hacia los perpetradores y miedo; todos estos síntomas son característicos del Estrés Postraumático. Un evento de violencia física por parte de la pareja (entre otros muchos actos violentos) conduce a un estado de estrés tan intenso que tiene clasificación psiquiátrica como el Estrés Postraumática.

Uno de los elementos que determinan el desenlace de una crisis son los recursos con los que cuenta la persona; dichos recursos pueden ser internos, como historia previa de eventos similares, autoconfianza, optimismo, habilidades de organización e interpersonales y externos como redes sociales que lo contienen en el momento de la crisis; dentro de esa red social existe la posibilidad de que distintos profesionales y personas entrenadas ofrezcan su tiempo, su escucha y su consejo que pueda orientar al sujeto a usar sus recursos internos como parte de integrar el evento traumático en la trama de su vida. Esa participación es el fundamento de la corriente terapéutica conocida como Intervención en Crisis, su principal característica es la accesibilidad, esta ayuda debe estar disponible 24 horas, 365 días del año; su función: preservar la vida y mantener la salud física y mental. Actualmente se trata cualquier tipo de crisis emocional, ya que diversos estudios han sustentado su efectividad.

La intervención en crisis puede dividirse en intervención de primera y segunda instancia, siendo la primera aquella que se ofrece de inmediato o lo más cercana en el tiempo al evento traumático, tiene como función restablecer el equilibrio emocional previo al evento y tiene un carácter de prevención de un desequilibrio mayor cuando la persona no logra usar sus recursos internos y externos para resolver la crisis misma. La de segunda instancia es aquella que durará en el

tiempo entre 2 y 6 semanas y tiene la función de acompañar al paciente a integrar el evento traumático en su historia de vida.

Acerca de la intervención de primera instancia algunos autores han escrito acerca de las técnicas más adecuadas para intervenir en casos de crisis, sus generalidades son: tener un contacto psicológico lo más cercano en el tiempo con la crisis, analizar el evento traumático en la vida del paciente en su pasado inmediato y en el presente, plantear alternativas de solución posibles que no sean invasivas con los pensamientos y sentimientos de la persona, ofrecer asistencia en la ejecución de pasos concretos y darle seguimiento que permita verificar progresos o replantear nuevas alternativas de solución.

Entendiendo entonces que la Intervención en Crisis tiene una atención de primera instancia que no puede verse inserta en un proceso institucional de solicitar cita y horarios disponibles, este enfoque ha optado por hacer uso del recurso del teléfono para atender en primera instancia. Desde 1950 el teléfono ha sido el eje primordial de este enfoque, que se ha extendido como servicio privado a las empresas que correctamente ligan la estabilidad emocional de sus empleados con los índices de productividad mayores.

Muchas investigaciones han demostrado la efectividad de la terapia telefónica en diversos trastornos como depresión, tabaquismo, violencia intrafamiliar, ideación suicida, estrés postraumático, etc., dentro de dichos estudios algunas características que han sido de importancia para los usuarios se encuentran el anonimato, la percepción de tener el control del proceso, mayor apertura a temas de relevancia, privacidad, accesibilidad, reducción de costos y de desplazamiento. En otros estudios de trabajo con usuarios cara a cara y otros vía telefónica, los resultados fueron muy similares. 96% de los usuarios de un servicio de atención psicológica vía telefónica comentaron que volverían a usar el servicio debido a su utilidad en el largo plazo.

Dentro de otro tipo de beneficios se encuentran que es un medio que no necesita aprendizaje para usarlo, está disponible casi para todas las personas, puede ser usado por personas con capacidades diferentes, aquellas quienes se encuentran afectadas en su salud física y/o mental y aquellas que viajan constantemente (Zarco, 2002).

Una de las limitaciones del servicio telefónico es que la credibilidad del teléfono se ve disminuida por la carencia de imagen del interlocutor y por la aparente falta

de compromiso personal con las afirmaciones que se realizan, si no se sabe con quién se está hablando. Si el interlocutor es conocido y fiable, se puede lograr la máxima credibilidad, como si se tratase de una comunicación interpersonal. Si el interlocutor es desconocido posiblemente su credibilidad dependerá de la institución a que pertenezca, de las experiencias del llamante en situaciones parecidas y de la madurez personal, serenidad y objetividad que se impriman al diálogo.

Otra limitación es algunas personas no son adecuadas para el trabajo vía telefónica, principalmente aquellas personas a las que es necesario ver a su terapeuta para poder establecer una relación terapéutica y aquellos con más de dos problemas emocionales severos o crónicos.

La atención vía telefónica al igual que la atención cara a cara permite el diálogo terapéutico y transmitir una emoción, algunas ventajas sobre la atención cara a cara es que el TT también es anónimo lo que permite una transferencia terapéutica positiva, reduce la dependencia del servicio del que llama, reduce costos para el TT y para el paciente y principalmente permite la atención en la proximidad temporal del evento crítico.

Un psicólogo requiere ciertas habilidades para poder operar en una línea de atención psicológica, alguna de ellas son: saber ser empático, escucha selectiva y activa, contar con información veraz y actualizada, tener habilidades para fijar límites, tener un proceso personal y/o tener supervisión clínica y manejar un tono de voz adecuado. Es importante reconocer que una de las características principales de la línea es que los usuarios se sienten en confianza de abrir muchos temas que no hablarían en la atención cara a cara y esto tiende a desgastar en gran manera a los TT, de ahí la necesidad de un proceso terapéutico y/o mantener supervisión clínica constante.

En México como en muchas partes del mundo, la violencia de pareja es un problema de salud pública que prevalece pese a las políticas gubernamentales y civiles, dicha violencia es mantenida socialmente por las percepciones de los roles de género en las que, generalmente a un hombre, se le permite violentar, generalmente a una mujer, dentro del contexto de pareja.

Castro y Riquel (en ENDIREH, 2008) concluyeron que las consecuencias de la violencia al interior de las familias son tanto o más graves que las agresiones de

extraños. La principal característica común de mujeres que han sido violentadas es el antecedente de violencia en la infancia, otras características son: hacinamiento, niveles inferiores de instrucción, jóvenes, que trabajan fuera de casa, pobre conocimiento de conceptos de roles equidad de género.

Ya que la violencia en la infancia es un predictor significativo de violencia en la vida de pareja, tanto si es la víctima o el agresor, si queremos erradicar este fenómeno desde su origen es imperativo desalentar su uso como “método educativo” para las hijas y los hijos y como forma de relación en las familias. Una manera de hacerlo es mediante la difusión de mensajes que sensibilicen a la población sobre prácticas más democráticas al interior de la familia y de respeto a los infantes, medida que debe acompañarse de un fortalecimiento de los temas de igualdad de género en los programas educativos

Los diferentes tipos de violencia son en realidad diferentes acciones que finalmente están encaminadas a causar un daño físico y/o emocional a las personas y tanto la violencia física, emocional y sexual conllevan finalmente a violencia psicológica. La agresión física es la manifestación de violencia más visible, donde la víctima queda expuesta ante sí misma y la sociedad, lo que en la mayoría de los casos le permite tener una crisis emocional porque se espera un cambio de su parte y si es atendida, iniciar el proceso de cambio en su manera de vivir.

Existen parejas que generan violencia ya que perciben la relación como desigual y en intentos de equilibrarla es que escalan en la violencia que proviene de ambas partes. Existe otro tipo de pareja donde uno de los miembros es violentado, y padece lo que se conoce como Síndrome de la Pareja Golpeada, esta persona vive violencia crónica y puede llegar a creer que esa es la manera en que se vive una relación, y concibe creencias al respecto como “esa es su manera de demostrar amor”, “me merecía ese golpe”, “estaba tomado”, etc.; estas creencias están tan arraigadas que dificultan su proceso terapéutico, de haberlo.

Las consecuencias de la violencia física suceden en el plano conductual, afectivo, somático, interpersonal, cognitivo, sexual, familiar y laboral; es decir en todas las áreas de vida de cualquier persona. Además de que tienen una pobre calidad de vida, pueden presentar ideación suicida, limitar o anular sus redes sociales, usar o abusar de sustancias y padecer estrés crónico; entre lo más grave.

El estrés puede llegar a convertirse en un padecimiento mayor conocido como Trastorno de Estrés Postraumático, en el que en su definición del DSM-IV se

equipara la violencia física o sexual con haber participado en una guerra. Este trastorno puede ser crónico cuando el agente estresante es obra de humanos (y el impacto es mayor cuando el vínculo emocional permite la violencia). Los síntomas del estrés postraumático son normales en una persona que vive cualquier tipo de evento violento; sin embargo en las personas que no logran resolver e integrarlo como parte de su vida en las primeras semanas sus síntomas se vuelven crónicos y se considera que es entonces cuando padecen un Trastorno de Estrés Postraumático considerado una condición psiquiátrica; la Intervención en Crisis tiene como papel fundamental al auxiliar a la persona en dicho ajuste en las primeras semanas después del evento crítico.

Acerca del tratamiento de segunda instancia como parte de la Intervención en Crisis; Aarón Beck es el fundador de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), él basó su teoría en la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y coincide con éste acerca de que son los errores perceptuales los que dan lugar a las conductas desadaptativas y estas a su vez a sentimientos de desesperanza, angustia, miedo, etc.

El trabajo del terapeuta cognitivo conductual será trabajar en la reestructuración cognitiva de esos errores conceptuales, para que de esa manera se produzcan conductas adaptativas y sentimientos que sean positivos para la persona. Empatía, sólido conocimiento de la TCC, sensibilidad al timing, respeto, genuino interés, creatividad para las tareas intersesiones, son algunas de las características que constituyen un buen terapeuta cognitivo conductual.

La TCC tiene 3 objetivos principales: registro de pensamientos automáticos, ejecución de experimentos personales y escrutinio de dichos pensamientos automáticos. La TCC se fundamenta en la formulación dinámica entre el paciente y sus problemas, requiere una sólida alianza terapéutica que motive al paciente, está orientada hacia objetivos y centrada en el presente, enseña al paciente a ser su propio terapeuta, concientiza en recaídas y está limitada en el tiempo; características que son de utilidad e incluso de necesidad en una mujer que vive violencia.

Como cualquier proceso terapéutico, la TCC tiene como objetivo que el paciente tenga interés en sí mismo más que en otros, que su repertorio de interacción social sea positivo, que pueda tolerar frustraciones, sea flexible, se comprometa consigo mismo, se acepte y tenga planes a futuro, entre otras metas.

Sin proponer el enfoque cognitivo conductual como el único válido para tratar a mujeres que han vivido violencia, si podemos concluir que ofrece una conceptualización prometedora en la concepción de cambio de conductas y emociones.

## REFERENCIAS

- Almeida., B. "Tipos de violencia, historia de vida de violencia, sobrevivientes y ciclo de violencia". Conferencia en línea, consultada el 20 de mayo de 2010 en <http://www.ustream.tv/recorded/7040998>
- Arrieta D., (2007). "Propuesta del perfil del psicólogo en la atención telefónica para orientación psicológica en el proyecto de hijos y padres". Tesina de licenciatura. Facultad de estudios superiores Zaragoza. UNAM. México.
- Balcazar, A., (2001). "Violencia intrafamiliar". Informe de servicio social. Facultad de estudios superiores Zaragoza, UNAM. México.
- Castro, C., (2008). "Crisis: peligro y oportunidad". Tesina de licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala. UNAM. México.
- Coker, A., Smith, P., McKeown, R., King, M., (2000). "Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering" American Journal of Public Health. Vol. 90, No. 4, 553-559.
- Díez, S., Velázquez, C., Notario, B., Solera, M., Valero, N., Olivares, A., (2009) "Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators". International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 9, No. 3, 411-427.
- DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial. First, M., Frances, A., Pincus, H. 2002, Editorial Masson. España.
- Ecosistemas emocionales S.A. de C.V. Consultado el 16 de diciembre de 2009 en [http://www.ecosistemasemocionales.com.mx/1\\_4\\_Nuestra-Empresa.html](http://www.ecosistemasemocionales.com.mx/1_4_Nuestra-Empresa.html)
- Employee assistance professionals association, consultado el 17 de diciembre de 2009 en: <http://www.eapassn.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>.
- Gavino, A., Berrocal, C., Cobos, P., López, A., Rodríguez-Naranjo, C., (2009). "Guía de técnicas de terapia conductual". Psicología pirámide. España.
- Gilat, I. y Shahar, G., (2007). Emocional first aid for suicide crisis: comparison between telephonic hotline and internet. Psuchiatry. 70(1), 12-18.
- Gómez, B., (2010). "La relación terapéutica en terapia cognitiva". Revista de la asociación de psicoterapia de la República de Argentina. Año III, No. 1, 1-21.

González, M., Medina, J.L, Gámez, A., Rodríguez-Palancas, A., Muñoz, I., Suarez, R., Iglesias, C., Lozanitos, R., Pérez-Iñigo, J.L., Presa, M., Abejaro, F., Martínez, J., López, S. "El desarrollo de las secuelas postraumáticas: Factores que intervienen y elementos clínicos". (2010) Intersalud. Consultado el 19 de mayo de 2010 en: <http://hdl.handle.net/10401/1199>

Habilidades de comunicación: Técnicas para la Comunicación Eficaz. Consultado el 6 de enero de 2010 en [http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion\\_eficaz.shtml](http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml)

Isaias, M., (2008). "La terapia cognitiva en trastornos de depresión e ideación suicida". Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM. México.

Kenny, M., McEachern A., (2004). Telephone counseling: Are offices Becoming Obsolete?. *Journal of counseling & development*, 82, 199-202.

Kernic, M., Bohoni, A., (2007) "Female victims of domestic violence: which victims do police refer to crisis intervention?". *Violence and victims*. Vol. 22, No.4, 463-473.

Línea UAM de apoyo psicológico por teléfono, consultado el 16 de diciembre de 2009 en <http://www.lineauam.uam.mx/index2.php>

Medina Mora, G. Borgues, C. Lara, C. Benjet, J. Blanco, C. Fleiz, J. Villatoro, E. Rojas, J. Zambrano, L. Casanova, S. Aguilar. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*. 2003; 26 (4): 1-16.

Pinedo, H., Gonzalez, E., García, J., Gonzalez, C., Herrera, M., (2005). *Terapia Cognitivo Conductual (TCC)*. México. Interdisciplinas Cognitivo Conductuales.

Programas de apoyo al empleado, ICAS-México, consultado el 14 de mayo de 2010 en <http://www.icasmexico.com.mx/pae-icas.php>

Reese, R., Conoley, C. y Brossart, D., (2006). The attractiveness of telephone counseling: An empirical investigation of client perceptions". *Journal of counseling & development*, 84, 54-60.

Rubin, B., Blonch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Desclée de Brouwer, Bilbao.

San Pedro M., (2008). "Propuesta de intervención en crisis en mujeres que han sufrido violencia física, psicológica, y sexual". Tesina de licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala. UNAM. México.

- SAPTEL/CRM. Consultado el 16 de diciembre de 2009 en <http://www.saptel.org.mx/anexos/anexo2/REPORTE%20SEMESTRAL%202009pdf>
- Slaikue; K., (1996) Intervencion en crisis: Manual para práctica e investigación. (2da edición). México: El manual moderno.
- Sosa M., (2002). "Programa de asesoría telefónica para apoyar a los padres de los alumnos que participan en el programa Alcanzando el éxito en la secundaria". Reporte de experiencia laboral de Maestría. UNAM. México.
- Sullivan, D. y Everstine L., (2006) Strategic interventions for people in crisis, trauma and disaster. EUA: Routledge.
- Urzua, S., (2009). "Modelo de atención telefónica con enfoque en terapia gestalt". Tesina de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.
- Violencia en las relaciones de pareja. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006) (2008). Consultado el 2 de enero de 2010 en [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100924.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100924.pdf)
- Weiner, I.,(1992) Intervención en crisis y terapia de urgencia. Métodos de psicología clínica. México: Limusa.
- Weiss, C., (2005). Fonoinfancia. Sistematización de una modalidad de intervención telefónica de ayuda. Psykhe, 14, 1, 89-105.
- Zarco M., (2006). "Modelo de interacción telefónica utilizada por LOCATEL". Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Zhu, S., Tedeschi, G., Anderson, C. y Pierce, J., (1996). Telephone counseling for smoking cessation: What's in a call?. Journal of counseling & development. 75, 93-102.