



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN EL CALL CENTER
UNAM**

**TESIS POR INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTAN:

YAZKIN HARUCO DANAÉ ALVARADO SÁNCHEZ

BRENDA CARRIZOSA MARTÍNEZ

DIRECTOR: MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

REVISORA: DRA. MARÍA DE LOS ANGELES MATA MENDOZA



**Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, D.F. Octubre, 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Página

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	7
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	
1. INTERVENCIÓN EN CRISIS.	
1.1 Antecedentes	10
1.2 Tipos de Crisis	13
1.3 Estrategias de intervención	15
1.3.1 Primeros auxilios psicológicos	16
1.3.2 Terapia multimodal para la crisis	20
2. INTERVENCIÓN EN CRISIS, VÍA TELEFÓNICA.	
2.1 Características	25
2.2 Atención psicológica vía telefónica.....	27
2.3 Habilidades clínico-interpersonales deseables en el terapeuta telefónico	29
2.3.1 Escucha activa	29
2.3.2 Empatía	31
2.3.3 Expresión de emociones	32
2.3.4 Respeto	33
2.4 Particularidades telefónicas en la intervención en crisis	34
3. MODELOS DE INTERVENCIÓN.	
3.1 Introducción	36
3.2 Modelos de reestructuración cognitiva	37

3.2.1 Modelo cognitivo de Beck	37
3.2.2 Conceptos fundamentales.....	38
3.2.3 Técnicas de intervención.....	44
3.3 Modelos de resolución de problemas.....	47
3.4 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	50
3.4.1 Inoculación de estrés	50
3.4.2 Procedimiento básico de aplicación	51
3.4.3 Técnicas utilizadas en el Entrenamiento de Inoculación de Estrés (EIE)	58
3.4.4 Efectividad del Entrenamiento de Inoculación de Estrés (EIE)	66
3.4.5 Consideraciones finales.....	67

SEGUNDA PARTE: OPERACIÓN DEL PROGRAMA CALL CENTER UNAM.

1 Antecedentes	69
2 Organigrama	70
3 Misión	71
4 Visión	72
5 Servicios y horarios de atención.....	72
6 Recursos humanos.....	73
7 Administración	75
7.1 Capacitación.....	75
7.2 Supervisión	76
8 Infraestructura y operación	77
9 Acopio de información.....	79

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS.....	...80
CONCLUSIONES.....	205
REFERENCIAS.....	207
ANEXOS	
1. Ficha de identificación del usuario.....	213
2. Formulario de evaluación del usuario 1.....	214
3. Formulario de evaluación del usuario 2.....	216
4. Formulario de canalización.....	223
5. Formulario de seguimiento del usuario.....	225
6. Evaluación del terapeuta telefónico.....	227
7. Informe semanal de llamadas.....	229

RESUMEN

El presente trabajo de tipo documental está basado en el “Manual de Procedimientos” utilizado en el *Call Center* UNAM el cual fue creado por Yazkin Haruco Danaé Alvarado Sánchez y Brenda Carrizosa Martínez.

El Manual es una herramienta de apoyo que establece lineamientos para manejar adecuadamente una llamada de atención psicológica vía telefónica con el objetivo de establecer parámetros de atención, su estructura permite proporcionar intervención inmediata a quien demanda el servicio ya que da respuestas a cuestiones básicas en formatos fáciles de utilizar; a su vez, ofrece orientación al personal para planificar y organizar las intervenciones con el fin de satisfacer las necesidades del usuario. Éste Manual se emplea como instrumento práctico que abarca tanto funciones operativas propias del programa y una variedad de técnicas cognitivo conductuales que cumplen con objetivos terapéuticos específicos a los que se adecúan las técnicas permitiendo proporcionar al usuario un estilo de afrontamiento cognitivo, emocional y conductual que redundan en una mejor calidad de vida. Para facilitar su lectura se presentan seccionadas las problemáticas con mayor índice de recurrencia en el *Call Center* UNAM.

La primera parte de esta Tesis aborda las estrategias de intervención, las cuales incluyen los primeros auxilios psicológicos y la terapia multimodal para la crisis sugerida por Slaikeu (1996) fundamentada en gran parte en el modelo de Lazarus (1976) el cual hace una valoración del suceso de crisis en cada una de las cinco modalidades del funcionamiento: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo (CASIC). La segunda parte del documento incluye el “Manual de Procedimientos Técnicos” el cual contiene procedimientos delimitados para la evaluación, intervención y seguimiento de los usuarios basados en técnicas cognitivo-conductuales. A su vez aporta ventajas en la capacitación del terapeuta telefónico que presta sus servicios en el *Call Center* UNAM puesto que en él se señala información básica y práctica cuyo dominio por parte del terapeuta permitirá resolver con éxito las situaciones de crisis, cumpliendo con el objetivo principal del servicio que es cuidar de la estabilidad emocional de los usuarios de forma preventiva o ante una crisis de tal forma puedan hacer frente a las situaciones perturbadoras, dotándolos de estrategias para lograrlo,

brindando siempre una atención de calidad.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los servicios de salud mental en México han incrementado, ya que la población cotidianamente se enfrenta a circunstancias de origen interno o externo que sobrepasan su capacidad habitual de respuesta; estas situaciones rompen el equilibrio y alteran la normalidad de sus vidas provocando estados temporales de trastorno y desorganización, incapacitando al individuo para abordar situaciones particulares y resolver sus problemas personales (Slaikeu, 1996).

La violencia familiar, los conflictos conyugales, la pérdida de un ser querido, el término de una relación, la infidelidad, los conflictos laborales, las adicciones, la deserción escolar, la depresión, el suicidio, la baja autoestima, los celos, el ser víctima de una agresión, robo o accidentes, pueden ocasionar una crisis y desencadenar secuelas físicas como la muerte o el sufrimiento emocional en los afectados.

Algunas personas podrán superarlo rápidamente, otras tendrán más dificultades y serán vulnerables ante estas situaciones, en tanto no se actúe adecuadamente antes, durante o después de ocurrido el evento. Por esta razón se planteó importante ofrecer un servicio que considerara formas breves de intervención eficaz, inmediata, multimodal y al alcance de cualquier persona.

Debido a que la capacidad de respuesta del sector salud y seguridad social se ha visto rebasada, y en la práctica privada dichos servicios son de altos costos, se requieren servicios de intervención psicológica de fácil acceso, que suministren apoyo para enfrentar las situaciones de crisis, que logren restablecer el funcionamiento adaptativo independiente, asesorando al usuario hacia la adecuación psicológica y afrontamiento de nuevas circunstancias.

Específicamente en el Distrito Federal los programas de apoyo psicológico y de orientación por teléfono han surgido como una opción para crear un enlace viable de bajo costo y de rápida intervención, ya que la mayoría de personas tienen a su alcance una línea telefónica. Uno de estos servicios es el proporcionado por el *Call Center* UNAM, cuyo servicio es gratuito y permite el contacto con usuarios desprovistos de servicios psicológicos.

La difusión en los medios de comunicación de dicho servicio contribuyó, según datos de los informes estadísticos mensuales del programa, al notable incremento en el índice de llamadas de usuarios a partir del mes de abril del año 2012, haciendo de éste un recurso valioso para la población de la Zona Metropolitana del Valle de México, por lo que fue necesario que los terapeutas telefónicos dispusieran de un manual de procedimientos que guiara su trabajo de apoyo a los usuarios.

PRIMERA PARTE:
Fundamentos teóricos.

1. INTERVENCIÓN EN CRISIS.

La palabra crisis es entendida como un estado delicado y conflictivo en el cual, por circunstancias de origen interno o externo, se rompe el equilibrio y se altera la normalidad de la vida de las personas, sobrepasando su capacidad habitual de respuesta (Cornejo, 2011).

El individuo al carecer de recursos propios para superar la crisis, requiere de ayuda externa que aporte dichos recursos y conocimientos que no se tienen. El objetivo de la intervención en crisis es apoyar al individuo para que sea capaz de establecer un nuevo modo de funcionamiento psicológico, interpersonal y social en el que pueda poner en juego sus capacidades para garantizar el acceso a los aportes físicos, sociales y emocionales necesarios en su nueva situación (Fernández, y Rodríguez, 2002).

1.1 Antecedentes.

La intervención en crisis se remonta al trabajo que realizó Eric Lindemann y colaboradores del Massachusetts General Hospital con los familiares y los sobrevivientes del incendio registrado el 28 de noviembre de 1942 en el centro nocturno Coconut Grove ubicado en Boston, donde fallecieron 493 personas.

Lindemann (1944) realizó el informe clínico acerca de los síntomas psicológicos que presentaban los sobrevivientes del incendio; éste fue el inicio de las teorizaciones posteriores sobre el proceso del duelo en el que el doliente acepta y resuelve su pérdida mediante una serie de etapas.

Gerald Caplan (1964) elaboró una teoría de la crisis basada en la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson la cual sugiere que el cambio debido al desarrollo ocurre en ocho etapas distintas de nuestra vida.

Cada etapa tiene un esquema fijo y es similar para toda la gente. Erickson argumentaba que cada etapa presenta una crisis o conflicto que el individuo debe resolver, aunque ninguna crisis se resuelve del todo, lo que hace que la vida sea cada vez más complicada; el individuo debe al menos abordar la crisis de cada etapa de manera eficiente para manejar las demandas hechas durante la

siguiente fase del desarrollo.

Caplan manifestó que si la crisis es tratada de forma deficiente o sus transiciones conducen a desorganizaciones subsecuentes y enfermedad mental, entonces la prevención debería contemplarse desde etapas del desarrollo en la infancia y juventud. Por tal razón puntualizó la importancia de los recursos personales y sociales al determinar si el desarrollo de las crisis resultaría en mejoramiento o empeoramiento.

El enfoque de Caplan sobre la intervención en crisis determina la importancia de la consulta en salud mental, que promueva un crecimiento positivo y disminuya el riesgo del deterioro psicológico al identificar y pronosticar la crisis. Así mismo resalta la importancia de que los profesionales en salud mental capaciten a practicantes comunitarios, profesores, enfermeras, clero, asesores y otros para ayudar a las personas a manejar esa desorganización.

El antecedente más remoto del apoyo psicológico vía telefónica se remonta al año 1906 cuando un grupo de sacerdotes en la Ciudad de Nueva York crean *New York City's National Save a Life League* para ayudar a personas con riesgo suicida.

En los Estados Unidos Americanos, a principio de la década de los sesentas, se incrementó el movimiento de prevención del suicidio y se apoyó principalmente en la teoría de la crisis de Caplan, tal es el caso de *Los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie Country, Suicide Prevention*, que proporcionaba servicio vía telefónica las 24 horas los 365 días del año. Inicialmente las llamadas eran atendidas por voluntarios no profesionales y su finalidad era prevenir el suicidio. Sin embargo la mayoría de los centros cambiaron su enfoque para brindar ayuda en una amplia variedad de crisis por lo que tuvieron que desarrollar técnicas adecuadas para su intervención (Fowler y MacGee, 1973; Knickerboker y MacGee, 1972; Slaikeu, Lester y Tulkin, 1973; Slaikeu, Tulin y Speer, 1975).

Debido al incremento de la demanda del apoyo telefónico se crearon diversas asociaciones internacionales como la *Federación Internacional de Ayuda Telefónica de Emergencia (IFOTES)* fundada en 1967. Esta agrupa en un boletín a diversas asociaciones nacionales que ofrecen apoyo emocional vía telefónica.

En México los antecedentes de apoyo psicológico vía telefónica, se remontan al año de 1967,

en el *Centro de Prevención del Suicidio* del Hospital de Emergencia de Coyoacán que funcionó casi cinco años; la ayuda que brindaba era médica y psicológica a través del teléfono y en consulta. El servicio era gratuito y su difusión era mínima, sin embargo, el servicio no estaba disponible las 24 horas y fue suspendido cuando ocurrió el cambio de autoridades ya que lo consideraban obsoleto (Viveros, 1996).

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y Centros de Integración Juvenil (CIJ) buscó atender a adolescentes y familiares con problemas de drogas. En la *Cruz Verde* hubo intentos fallidos por crear un servicio para suicidas. La Universidad Nacional Autónoma de México creó diversos programas para el apoyo de víctimas y sus familiares durante los sismos ocurridos en la Ciudad de México en 1985. Uno de sus programas fue *SAPTEL* (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico, consejo e intervención en crisis por Teléfono) en el que participaron profesores y estudiantes de la Facultad de Psicología UNAM. Fue entonces cuando surgieron distintos programas como *Locatel*, *Telsida*, *Planificatel*, *de Joven a Joven*, entre otros (Mancera, 2009).

SAPTEL fue creado 48 horas después del sismo ocurrido en septiembre de 1985 en la ciudad de México por iniciativa de la Facultad de Psicología UNAM y de la *Federación Mundial de Salud Mental* (FMSM); el servicio contempló dar servicio vía telefónica a víctimas de depresión, ansiedad, estrés etc., como consecuencia del desastre, a finales del mismo año se suspendió el servicio con la finalidad de evaluar los resultados obtenidos. A partir de los trabajos de evaluación de aproximadamente 700 casos, se creó el manual de procedimientos para el sistema de apoyo psicológico por teléfono sobre el que se basan los manuales posteriores, incluyendo el manual que se utiliza actualmente (León, 1999).

En julio de 1987 con apoyo de la UNAM y de la FMSM dio inicio la segunda etapa de *SAPTEL* denominado *SAPT*, el servicio operó durante dos años en los que se atendieron alrededor de 4000 personas. Fue en esa etapa en la que los colaboradores del proyecto recibieron capacitación, en la que se les familiarizó con los problemas que enfrentaba la sociedad en ese tiempo y se les instruyó sobre técnicas psicológicas susceptibles de ser implementadas por teléfono y sobre el uso de la cédula de registro (Arguelles, 1996).

El 12 de octubre de 1992, se puso en marcha el proyecto *SAPTEL* tal y como se le conoce

actualmente con el auspicio del *Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la Federación Mundial de Salud Mental* (CRL y C) y la *Cruz Roja Mexicana*, cuyo servicio es gratuito y funciona las 24 horas, los 365 días del año y que se ha convertido en un modelo de atención en salud mental por teléfono.

Actualmente debido a la demanda de servicios de este tipo en México, han surgido gran variedad de líneas de atención psicológica vía telefónica, ya sea como parte de programas gubernamentales, de asistencia social o de práctica privada; su objetivo es dar apoyo psicológico a la población, entre los que se encuentran: *La empresa Farmacias Similares S.A. de C.V.* que cuenta con un *Call Center* de asesoría, apoyo psicológico e intervención en crisis por teléfono; *Acercatel*, línea de orientación e intervención en crisis que atiende a escala nacional las 24 horas los 365 días del año; *Servicio de Atención Telefónica a la Ciudadanía de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal* (PGJDF) brinda atención jurídica y apoyo psicológico para víctimas del delito y *Vida sin Violencia* (INMUJERES) que proporciona información, canalización telefónica, sobre servicios médicos, legales y psicológicos a mujeres en situación de violencia las 24 horas del día, de manera gratuita, por mencionar algunos (Mancera, 2009; Romo, 2007).

1.2 Tipos de crisis.

La crisis posee ciertas características a nivel cognitivo, psicológico y fisiológico. En el nivel cognitivo las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento se ven rebasados; este estado puede ser seguido por negación, temor, tristeza, excitabilidad e inquietud, además se pueden presentar reacciones físicas ante la crisis como cambios en el ritmo cardíaco, respiración y sudoración excesiva.

Las formas de respuestas al ser subjetivas dependerán de cada individuo y de su interacción con la situación y el ambiente. Rubin y Bloch, (2001) al igual que Slaikeu, (1996) dividen a las crisis en crisis del desarrollo y circunstanciales; las primeras son aquellas relacionadas con la transición de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la vejez, y por lo tanto, son más predecibles (ver Tabla 1).

Tabla 1. Posibles causas de la crisis del desarrollo.

Etapa	Causas de una posible crisis
Infancia y niñez temprana/media	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad física. ▪ Rechazo por el cuidador primario. ▪ Control de esfínteres. ▪ Conflicto con los maestros/padres. ▪ Primeros juguetes sexuales. ▪ Conflictos con compañeros. ▪ Ingreso a la escuela jardín de niños o preprimaria. ▪ Pérdida de amistades por mudanza o migración. ▪ Dificultades de aprendizaje. ▪ Cambio de escuela.
Adolescencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptación a cambios corporales (menstruación). ▪ Experiencia de emociones nuevas a través de relaciones sexuales. ▪ Embarazo no deseado. ▪ Graduación de preparatoria. ▪ Ingreso a la universidad. ▪ Conflictos con los padres sobre hábitos personales y estilo de vida. ▪ Rompimiento con novio/novia compromiso. ▪ Éxito o fracaso en estudios y deportes. ▪ Indecisión en la profesión / dificultades en el primer trabajo.
Crisis de madurez, cambio de carrera.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo del estilo de vida personal en un contexto social. ▪ Transición de la edad. ▪ Dificultades académicas, fracaso al graduarse en preparatoria o universidad. ▪ Incapacidad para encontrar una carrera satisfactoria. ▪ Desempeño deficiente en la profesión elegida.
Concepción o esterilidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Iniciar una familia o no?
Embarazo, parto, nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo no deseado. ▪ Nacimiento de un niño.
Crisis que involucran la identidad sexual.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exploración de relaciones personales.
Jubilación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparación de la jubilación /dificultad en la adaptación a la misma. ▪ Toma de decisiones (pasatiempo, nueva profesión).
Envejecimiento y muerte.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciencia de la decadencia física. ▪ Adaptación a cambios fisiológicos de la vejez. ▪ Cambios en la salud.

Basada en Rubin y Bloch, (2001) Slaikeu, (1996).

No obstante las crisis circunstanciales son aquellas en las que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de su desarrollo, lo que significa que pueden amenazar el bienestar físico y psicológico de cualquier persona en cualquier momento, su rasgo más sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental desembocando en mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Debido al sentido de inmediatez de la crisis circunstancial es importante que el suministro de intervenciones ayuden a los pacientes a tratar con los eventos del aquí y el ahora, en tanto que al mismo tiempo se diagnostican necesidades que más adelante requerirán atención, que puede ser a través de la conexión con recursos para continuar la ayuda en las semanas y meses posteriores (Pocasangre, González e Islas 2001; Slaikeu, 1996). Estas encierran:

- *Crisis sexual: violación, incesto.*
- *Aborto.*
- *Suicidio.*
- *Enfermedad aguda crónica.*
- *Alcoholismo y abuso de sustancias adictivas.*
- *Divorcio o separación.*
- *Crisis familiar.*
- *Viudez.*
- *Víctimas de accidentes.*
- *Relacionadas con el trabajo: pérdida, traslados.*
- *Desastres causados por el ser humano (incendios, conflictos bélicos, disturbios civiles, actos terroristas, contaminación química).*
- *Desastres causados por la naturaleza (inundaciones, terremotos, tornados y huracanes).*

1.3 Estrategias de intervención.

Como se mencionó anteriormente existen diversas clases de crisis; madurativas, situacionales, universales e individuales, así como técnicas y modalidades de tratamiento que se han utilizado para intervenir en una crisis. Por tal razón en los siguientes apartados mencionaremos cuáles son así como sus características.

La intervención en crisis es una relación que va orientada al problema, su principal objetivo es producir un cambio constructivo en la situación vital del usuario tan rápida y directamente como sea posible; sin embargo la resolución de las crisis dependerá de varios factores, que van desde las características del evento, los recursos personales o de la comunidad, la experiencia previa, los recursos actuales personales, las redes de apoyo, entre otros (Rubin y Bloch, 2001).

Como proceso de solución, la intervención en crisis se subdivide en dos fases: intervención de primera instancia, que en la práctica se denomina: **primeros auxilios psicológicos**; y la intervención de segunda instancia llamada **terapia para crisis**.

La primera ayuda psicológica necesita brindarse de inmediato, al igual que la asistencia física por aquellos que tuvieron el primer contacto con la víctima. Estos procedimientos toman poco tiempo (minutos u horas), y pueden proporcionarlos un gran número de asistentes comunitarios.

La terapia para crisis, por otro lado, está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis, busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos. Esto toma más tiempo (semanas o meses) y la proporcionan terapeutas y consejeros con conocimientos específicos en técnicas de evaluación y tratamiento.

1.3.1 Primeros auxilios psicológicos.

La primera ayuda psicológica es la intervención que se lleva a cabo con una persona en crisis, por un miembro de un equipo o por una persona de la comunidad para aliviar las tensiones creadas por un suceso que amenaza la vida o la seguridad del individuo o entorno; se brinda en la misma escena de los acontecimientos.

Se componen de intervenciones organizadas y guiadas por objetivos, para las que se emplean habilidades y técnicas válidas para este tipo de ayuda. Son intervenciones básicas, aunque no por ello menos importantes o potentes en los primeros momentos, que intervenciones más avanzadas. Requieren de una formación y competencias específicas sin necesidad de ser, en cualquier caso, profesionales de la intervención psicosocial (Rodríguez, Zaccarelli, y Pérez, 2006).

Por tanto es importante que aquellos que presten esta primera ayuda psicológica desarrollen

actitudes que permitan establecer vínculos psicológicos basados en la escucha activa, contacto accesible y respetuoso con las personas en crisis; permitiendo el desahogo emocional de la persona afectada. Esta primera ayuda se les proporciona a individuos expuestos a eventos traumáticos extremos como vivir, presenciar o conocer algún acontecimiento que implique muerte o daño físico, experimentar situaciones como enfermedad severa, muerte inesperadamente violenta, desastres naturales o producto de la mano del hombre, sintomatología clara de estrés agudo, depresión o psicosis, conductas de afrontamiento inadecuadas como ideación suicida, agresión a otros o abuso de sustancias (Fernández, y Rodríguez, 2002).

Ya que la meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato, el plan de acción debe de facilitar el apoyo psicosocial, es decir; acercarse a la persona en situación crítica y por último ser constructivo y esperanzador para lograr una transformación funcional y adaptativa a la situación crítica, empleando recursos personales hasta comunitarios Parada (2008).

Según Zárate, Tzompantzi, Pérez, Cuevas y Mondragón (2012) en este tipo de intervención es fundamental:

- El acercamiento al usuario; respetando siempre el dolor y el caos al que se enfrenta, incluso el terapeuta telefónico, desde la objetividad de quien no atraviesa por la misma circunstancia, pueda verlo de manera muy diferente y mucho más acertada. Si el individuo muestra miedo se puede mencionar: ***“Es válido que llores y tengas miedo, estoy aquí para escucharte”. “¿Qué te parece si los dos intentamos respirar despacio para que poco a poco puedas relajarte?, recuerda que sigo aquí escuchándote”.***
- Nunca decir: ***“¡Podrías dejar de llorar, no logro escucharte, así no puedo seguir hablando contigo!”.*** ***“¿Podrías relajarte?, hablas muy rápido y no entiendo lo que dices”.***
- Evitar la confrontación por ejemplo: ***“Esto que me comentas es una opción, desde luego, aunque también existen opciones como...”.***
- Elección del tratamiento o estrategia que se va a utilizar.
- Conocer aspectos de lo ocurrido, dirigir la conversación inicialmente con preguntas cerradas sencillas, concretas y fáciles de responder. Cuando la situación no es tan impactante y el

usuario no está en shock, es recomendable el uso de preguntas abiertas (en las cinco modalidades del funcionamiento del individuo: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo).

Las metas de los primeros auxilios psicológicos son: proporcionar apoyo mostrando cordialidad e interés, reducir la mortalidad, prevenir daños físicos durante la crisis tomando medidas para minimizar posibilidades destructivas y proporcionar enlaces con fuentes de asistencia (canalización).

Existen diferentes propuestas de acción para prestar primeros auxilios psicológicos. Una de ellas es la sugerida por Parada (2008) que consta de 5 puntos de operación:

1. *Identificación clara de la condición del personal de ayuda*; en la cual se establece contacto con la persona como proveedores de primeros auxilios psicológicos.
2. *Protección y provisión de seguridad a la persona*; reducir el estímulo estresante.
3. *Conocimiento y aceptación de la vivencia de la crisis*; escuchar las necesidades y molestias de la persona. Facilitar la expresión verbal y el relato de acontecimientos, permitir que la persona hable del incidente, de cómo lo ha vivido, lo cual permitirá que la persona canalice las reacciones, evitará la desorganización conductual prolongada y podrá resignificar los síntomas y reacciones experimentadas.
4. *Afrontamiento de su reacción y las necesidades inmediatas*; en este punto se debe facilitar e incitar a la persona al afrontamiento del estrés que esté sufriendo. Motivar y ayudar a la cobertura y abordaje de las necesidades básicas e inmediatas.
5. *Restauración de capacidades básicas*; lo que significa promover comportamientos funcionales básicos para el afrontamiento del futuro inmediato es decir las horas siguientes. El agente prestador de ayuda debe identificar si la persona en crisis no es capaz de desenvolverse por sí misma, en tal caso debe enlazarlo con algún medio como familia, amigos, centros especializados, policía etc., que se ocupen de ella.

Otro modelo es el de Ruzek et al. (2007) que se basa en la sistematización de los primeros auxilios psicológicos centrado en ocho núcleos dirigidos a la acción en las primeras horas de la ocurrencia del trauma sus componentes y objetivos son los siguientes:

1. *Contacto y acercamiento*.- Responder a los contactos iniciados por las personas afectadas, o iniciar los contactos de una forma no intrusiva, compasiva y servicial.
2. *Seguridad y Confort*.- Mejorar la seguridad inmediata y continua, proporcionar comodidad física y emocional.
3. *Estabilización (si es necesario)*.- Calmar y orientar a los sobrevivientes.

4. *Recopilación de información: Necesidades y preocupaciones actuales.*- Identificar las necesidades y preocupaciones inmediatas, recopilar información adicional y adaptar las intervenciones de los primeros auxilios psicológicos.
5. *Asistencia práctica.*- Ofrecer ayuda práctica al sobreviviente para atender las necesidades inmediatas y preocupaciones.
6. *Conexión con apoyos sociales.*- Reducir el estrés al permitir el contacto con personas de apoyo primario u otras fuentes de apoyo, incluyendo miembros de la familia, los amigos, y los recursos comunitarios de ayuda.
7. *Información sobre cómo sobrellevar el apoyo.*- Proporcionar al individuo la información (incluyendo la educación sobre el estrés, reacciones y afrontamiento) que pueden ayudar a lidiar con el hecho y sus consecuencias.
8. *Vinculación con los Servicios de Colaboración.*- Vincular a los sobrevivientes con los servicios necesarios, e informarles sobre los servicios disponibles que pueden ser de utilidad en el futuro.

Parte de este modelo se ha aplicado en programas comunitarios para el manejo de estrés post-traumático en situaciones como suicidio y accidentes de autobús. Según lo descrito por el modelo, se pone en acción dentro de las primeras 24 horas, y consiste en una serie de intervenciones individuales y grupales diseñadas para ayudar a orientar a las personas, estabilizar y mejorar las habilidades de afrontamiento (es decir, la identificación de acceso al apoyo y los recursos, el procesamiento verbal y no verbal de la narración del trauma, la psicoeducación acerca de las bases fisiológicas del estrés traumático y su impacto en el funcionamiento psicosocial así como la planificación, resolución de problemas, y el autocuidado). Creadores del programa recomiendan su aplicación a los actuales programas de intervención.

Parte de las **acciones útiles** para prestar primeros auxilios psicológicos son:

- Mantener actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme; la persona asistida no espera que el personal de ayuda se sume a su crisis sino que la ayude a superarla.
- Tener actitud de escucha responsable, permitir que la persona afectada se exprese hablando o llorando; éste es el mejor recurso (catártico) en la asistencia psicológica de urgencia una actitud que facilite la empatía significa que la víctima percibe que el auxiliador la comprende y entiende; es esencial para lograr la aceptación del afectado.

- Autocontrol: el que ayuda debe controlar su propio comportamiento.

Diez reglas de lo que **no se debe de hacer** (Rodríguez, Zaccarelli, y Pérez, 2006).

1. No hacer juicios críticos. La relación será de tipo profesional por lo que se evitarán opiniones, juicios personales, consejos o testimonios particulares.
2. No ponerse de ejemplo (el auxiliador).
3. No enfatizar excesivamente los aspectos positivos. Frases como “Podría haber sido peor” pueden ser contraproducentes.
4. No minimizar el hecho; la frase “No pasa nada” suele ser negativa.
5. No bromear, la ironía puede ser ofensiva o contraproducente.
6. No dramatizar; si la persona llora, el auxiliador no tiene por qué hacerlo.
7. No engañar a la víctima, ni fingir.
8. No favorecer la actitud de culparse.
9. No actuar defensivamente.
10. No favorecer dependencias directas del afectado con el auxiliador.

1.3.2 Terapia multimodal para crisis.

El estado de crisis se caracteriza por el desequilibrio, desproporción, desorganización, y confusión, que afecta diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo como: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico, haciendo que el individuo se encuentre vulnerable ante un hecho amenazante redundando en aflicciones demasiado graves para soportarlas, que ponen en juego todos los recursos disponibles para resolver problemas, Caplan (1964) resume las conductas de enfrentamiento efectivo ante una crisis:

- Explorar conflictos reales y buscar información.
- Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
- Pedir ayuda activamente a otros.
- Descomponer los problemas en fragmentos manejables y translaborar uno cada vez.
- Estar consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización en tanto que mantiene el control y los esfuerzos por seguir adelante en tantas áreas del funcionamiento como sea posible.
- Controlar los sentimientos donde se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), ser flexible y estar dispuestos a cambiar, confiar en sí mismo y en otros teniendo un optimismo básico sobre los resultados por venir.

La intervención en crisis va orientada a proporcionar ayuda a la persona, familia o grupo a afrontar un suceso dramático, bajo un modelo de intervención psicológica que dé un rápido restablecimiento del problema, estipulando un tratamiento razonable, basado en el conocimiento de

la causa desencadenante de la crisis y de las características de la persona que va a ser atendida.

Está dirigida a facilitar la resolución psicológica de la crisis, el proceso de ayuda debe tener una duración entre seis semanas después de un suceso de crisis, se proporciona por terapeutas y consejeros con conocimientos específicos en técnicas de evaluación y tratamiento. Los cuales deben ser capaces de plantear experiencias facilitadoras de cambio como la reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, la expresión de sentimientos, mantener un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiadas a la situación.

Otro de los beneficios que se obtienen es lo económica y terapéutica que resulta este tipo de intervención, además este modelo cuenta con pocas sesiones aumentando así las oportunidades del paciente para aprovechar la motivación y encontrar un nuevo enfoque actitudinal o conductual.

Si bien es cierto que la meta básica de la intervención en crisis es ayudar a los individuos a manejar el periodo de transición del suceso estresante, es importante señalar que el reforzar la auto-imagen, estimular la auto-confianza, e inculcar en el afectado esperanza y expectativas, son principios básicos de los modelos de la intervención en crisis, además el profesional debe mostrar siempre un enfoque de resolución de problemas promoviendo la expresión creativa y el establecimiento de vínculos con otras personas que le escucharán y entenderán.

De acuerdo a Parada, (2012) la terapia para crisis debe considerar los siguientes puntos:

- Determinar el problema o acontecimiento detonante de la crisis.
- Restablecer el equilibrio pre-crítico en la persona.
- Disminuir el malestar presente.
- Restituir la capacidad de auto-control.
- Dotar al individuo de recursos personales idóneos para afrontar por sí mismo futuras crisis.
- Prevención de recaídas.
- Manejo de los estados de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del individuo.
- Establecer patrones de conducta que permitan al paciente restablecer su equilibrio o nivel de funcionamiento previo al evento.
- Dotar al individuo de estrategias para que éste pueda llevar a cabo acciones inmediatas tanto personales como comunitarias.
- Fortalecer los intentos de afrontamiento e integración.

La terapia multimodal para crisis sugerida por Slaikeu (1996) fundamentada en gran parte en el modelo de Lazarus (1976) ha sido una de las más utilizadas ya que hace una valoración del suceso de crisis en cada una de las cinco modalidades del funcionamiento Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo (CASIC) del individuo, facilitando la comprensión de la crisis y planificación de la intervención terapéutica con estrategias apropiadas de tratamiento (ver Tabla 2.)

Tabla 2. Perfil de la personalidad CASIC (Slaikeu, 1996).

Modalidad	Variables
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades manifiestas como patrones de trabajo, juego, ocio. ▪ Ejercicio, dieta. ▪ Hábitos de la conducta sexual, sueño. ▪ Uso de drogas y tabaco. ▪ Suicidio, homicidio o actos agresivos. ▪ Métodos habituales para enfrentar el estrés.
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de sentimientos como ansiedad, cólera felicidad depresión etc. ▪ Importancia en la evaluación de antecedentes y consecuencias de diversos sentimientos.
Somático	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcionamiento físico general. ▪ Ausencia o presencia de tics, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y dolores somáticos. ▪ Estado general de relajamiento, tensión, sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído.
Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aborda información sobre la naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo; fuerzas interpersonales y dificultades. ▪ Número de amigos, frecuencia del contacto con amigos y condescendencia; ▪ Papel asumido por el paciente con sus co-iguales, líderes etc.; ▪ Modo de resolución de conflictos (asertivo, agresivo e introvertido); modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso y dependiente).
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La codificación de los procesos mentales se da a través de la modalidad cognoscitiva, que incluye imágenes o descripciones mentales en cuanto a metas en la vida, recuerdos del pasado y aspiraciones para el futuro, sueños de día y noche; ▪ Filosofía de vida; atención a eventos catastróficos, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide, actitud negativa o positiva hacia la vida.

La valoración de las capacidades y debilidades en el funcionamiento CASIC durante la crisis, permite interrelacionar dichos componentes para generar cambios positivos en las áreas, en donde se

incluye la influencia de las variables contextuales como la familia, ambiente social, comunidad y cultura, para generar estrategias que ayuden al paciente en el manejo de su influencia negativa o recurrir a su apoyo positivo (Slaikeu, 1996).

En este modelo es fundamental organizar los procedimientos de valoración por medio del registro, que indaga sobre aspectos como:

- *Suceso(s) precipitante(s)*. Sucesos que desencadenaron la crisis, dando particular atención a cuando ocurrió el suceso y quien estuvo involucrado.
- *Problema presente*. Trastornos que le traen a terapia, descripción de sus dificultades y perspectivas de lo que necesita.
- *Contexto de la crisis*. Determinar su efecto sobre la familia y/o grupo social para ayudar al paciente a enfrentar la crisis.
- *Funcionamiento Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo antes de la crisis*. Identificar los aspectos más sobresalientes del funcionamiento CASIC del paciente durante la niñez, pubertad, adolescencia, adultez joven, madurez, jubilación y cómo pueden relacionarse al suceso de crisis dando énfasis a los medios previos de enfrentamiento: recursos personales y sociales; capacidades y debilidades; conflictos no resueltos que podrían ser ocasionados por el suceso de crisis; satisfacción relativa o insatisfacción con la vida; etapa del desarrollo pre-crisis; exceso y deficiencias en cualquiera de las modalidades CASIC; propósitos y estructura de la vida para lograr metas; virtud de adaptación entre el estilo de vida, familia, grupos sociales y dificultades en el trabajo.
- *Funcionamiento Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo de la crisis*. Determinar el impacto del suceso precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo.

Posterior a la fase de valoración, se efectúa la fase de tratamiento que se estructura alrededor de cuatro actividades de resolución de crisis:

- Contribuir a la supervivencia física.
- Identificar y expresar sentimientos involucrados en la crisis.
- Dominio cognoscitivo.

- Adaptación conductual interpersonal generando nuevos patrones de comportamiento y cómo efectuar relaciones interpersonales.

Cada una de estas actividades cuenta con estrategias terapéuticas que recurren a diferentes enfoques de la psicología, sin embargo la elección de estos para el tratamiento deben ser pensados principalmente en el problema del paciente, cambios más moldeables, actividades de resolución significativa próxima y atención dedicada a las primeras sesiones de terapia en crisis.

Finalmente en la fase de seguimiento se efectúa la evaluación de resultado examinando la estructura de personalidad del paciente primero en la modalidad cognoscitiva y conductual, y en seguida en las modalidades afectivas, somáticas e interpersonales, siendo el mejor estimador del progreso del paciente.

2. INTERVENCIÓN EN CRISIS VÍA TELEFÓNICA.

2.1 Características.

Dentro de la comunicación humana existen señales vocales capaces de expresar mensajes por sí mismas como llorar, suspirar, etcétera. El volumen, el tono, el timbre, la claridad la velocidad el énfasis y la fluidez, las pausas y las vacilaciones son elementos paralingüísticos y están muy relacionados con el contenido verbal (Wilkinson y Canter, 1982), estos elementos raramente se utilizan aislados y el significado que transmiten generalmente es el resultado de la combinación de señales vocales y conducta verbal. Las señales vocales pueden afectar severamente el significado de lo que se dice y el cómo se recibe el mensaje, por ejemplo decir: “Te quiero” puede decirse con afecto, sarcásticamente o cruelmente y transmite mensajes muy diferentes. Un mensaje dicho con las mismas palabras puede ser menos importante e incluso incoherente de acuerdo con el tono de voz con que se dice.

Estas señales vocales y elementos paralingüísticos son fundamentales dentro de la intervención telefónica, teniendo en cuenta la ausencia de señales no verbales, como las gesticulaciones y el lenguaje corporal, el único medio de comunicación que se tiene al recibir una llamada es el canal auditivo. Razón por la que el operador telefónico debe prestar atención a las inflexiones del lenguaje de quien habla, los silencios, la velocidad con la que habla y el tono de voz que utiliza, estos aspectos se deberán de tomar en cuenta para formar un diagnóstico de quien llama a partir de sus señales vocales (Addington, 1968).

Booraem y Flowers, (1978) describen los siguientes elementos paralingüísticos:

La latencia: es el intervalo de silencio que se da en una conversación entre la terminación de una oración por un individuo y el comienzo de otra oración por un segundo individuo. Las latencias largas son interpretadas como conductas pasivas y las latencias cortas o negativas (interrupciones) se perciben como conducta agresiva.

El volumen: su función es hacer que un mensaje llegue hasta un oyente y su déficit es un nivel demasiado bajo para cumplir ese objetivo lo cual puede provocar que el habla sea ignorada o que el

oyente se irrite (Trower, Bryant y Argyle, 1978). El volumen bajo de voz puede indicar sumisión o tristeza, mientras que un volumen de voz alto puede indicar dominio, seguridad, extraversión o persuasión. El volumen demasiado alto sugiere agresividad, ira tosquedad y puede traer consecuencias negativas. El volumen moderado puede indicar agrado, actividad o alegría. Los cambios de volumen dentro de una conversación se pueden utilizar para mantener la atención de quien escucha y puede utilizarse para enfatizar puntos, de esta manera se logra una conversación interesante.

El timbre: es la calidad vocal o resonancia de la voz producida principalmente por la forma de las cavidades orales. Las personas se diferencian por esas características, algunas tienen voces muy finas, nasales, mientras que otras tienen voces resonantes.

Ostwald (1963), citado por Argyle (1975), describe cuatro clases de voz que se han encontrado en pacientes y otras personas:

1. La “voz aguda”, comúnmente descrita como de queja, de indefensión o infantil, encontrada principalmente en pacientes afectivos.
2. La “voz plana”, se interpreta como floja, enfermiza o de desamparo, generalmente la presentan pacientes con daño cerebral y en aquellos con fatiga y debilidad generalizada.
3. La “voz hueca”, tiene pocas frecuencias altas, se interpreta como vacía y sin vida, se encuentra en pacientes con daño cerebral y en aquellos con fatiga y debilidad generalizada.
4. La “voz robusta”, causa impresión y tiene éxito, hallada en gente sana, segura y extrovertida.

La fluidez y las perturbaciones del habla: los falsos comienzos las vacilaciones y repeticiones son normales en las conversaciones diarias, sin embargo las perturbaciones excesivas del habla pueden causar impresiones de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Existen tres clases de perturbaciones del habla. Una es la presencia de muchos silencios (pausas sin rellenar) que se interpretan negativamente, denotan ansiedad, enfado, o incluso es una señal de desprecio. Otra clase de perturbación es el uso externo e palabras de “relleno” durante las pausas, por ejemplo: “ya sabes”, “bueno” o sonidos como “oh”, uhm” o “eh”. Estas expresiones provocan percepciones de ansiedad o

aburrimiento. El tercer tipo de perturbaciones incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones, omisiones y palabras sin sentido.

El tiempo del habla: se refiere al tiempo que un sujeto se mantiene hablando. El tiempo de conversación puede ser deficiente en ambos extremos, en tanto si apenas habla como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información. Cuando una persona comparte un tiempo igual de habla causa una impresión positiva, por ejemplo se ve a una persona como agradable y a su vez provoca una sensación de interés, por los demás. La duración del habla también se encuentra relacionada con la asertividad y la capacidad para enfrentarse a situaciones y el nivel de ansiedad social.

Claridad: algunas personas arrastran las palabras o “hablan entre dientes”. Estos patrones del habla pueden ser desagradables para un oyente y pueden indicar ira o impaciencia, mientras que el arrastrar las palabras podría denotar aburrimiento o tristeza y provoca que el mensaje que emite no se entienda.

Velocidad: el hecho de que una persona hable lentamente puede provocar en el oyente impaciencia y aburrimiento, por otra parte si habla muy rápido la gente podría tener dificultades para entender.

Una vez que el operador tiene conocimiento de estos elementos le será más fácil desarrollar una tensión flotante en la que podrá atender a la par el discurso del usuario y todo lo que comunique con otros sentidos.

2.2 Atención psicológica vía telefónica.

En México se contemplaron líneas telefónicas a final de los setentas. *El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y Centros de Integración Juvenil (CIJ)* buscó atender a adolescentes y familiares con problemas de drogas. En la *Cruz Verde* hubo intentos fallidos de crear un servicio para suicidas. La Universidad Nacional Autónoma de México creó diversos programas para el apoyo de víctimas y sus familiares durante los sismos ocurridos en la ciudad de México en 1985.

Uno de sus programas fue *SAPTEL* (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico Consejo e

Intervención en Crisis por Teléfono) en el que participaron profesores y alumnos estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM. Entonces surgieron distintos programas como *LOCATEL*, *TELSIDA*, *PLANIFICATEL*, *De joven a joven*, entre otros.

Según Slaikeu (1996) estos programas tienen en común el uso de herramientas que facilitan la intervención vía telefónica como las siguientes:

Contrato terapéutico; Es importante que el operador que atienda realice una contención adecuada, por lo que deberá adquirir herramientas internas para crear un encuadre donde se incluya un contrato terapéutico claro, indispensable para cualquier psicoterapia.

Rapport; Deberá establecer un buen *rapport* durante la primera llamada lo que facilitará la sistematización del trabajo en las llamadas posteriores. En la intervención por teléfono el usuario adquiere el control para iniciar la interacción terapéutica o de ayuda que implica el momento de la crisis y posteriormente él toma la decisión de realizar las llamadas consecutivas que dependen en mayor o menor grado de la resistencia al tratamiento.

El anonimato del usuario; es otra característica de la intervención por teléfono, ésta es una ventaja para quien llama ya que al proteger su identidad se percibe una mayor abertura del usuario que a su vez le permite dar a conocer detalles que se le dificultaría hablar cara a cara con un profesional.

La accesibilidad de la intervención por teléfono es una ventaja para los usuarios ya que la mayoría de las personas tienen a su alcance una línea telefónica y su costo es relativamente bajo a comparación de los servicios privados, por lo que su uso es determinante para usuarios con tendencias suicidas u homicidas, y para usuarios que no puedan trasladarse fácilmente a un lugar fuera de su hogar como en el caso de ancianos o personas con capacidades físicas diferentes. Además la orientación por teléfono está disponible en cualquier momento del día o la noche, la mayoría de los servicios operan las 24 horas del día todo el año, lo que significa que la intervención está disponible y el tiempo de espera es corto.

Tabla 3. Ventajas y desventajas de la atención telefónica (Tapia, 2004).

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmediatez temporal y de recursos. ▪ Posibilidad de anotar la información. ▪ Expresión por nuestra parte de emociones no verbales. ▪ Anonimato. ▪ Economía (generalmente al ser un servicio gratuito). ▪ Horario de libre acceso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de conducta no verbal. ▪ Distancia física. ▪ Diferentes personas atienden el teléfono. ▪ Cambio brusco de tarea. ▪ Bromas telefónicas.

2.3 Habilidades clínico-interpersonales deseables en el terapeuta telefónico.

Para brindar una adecuada intervención en crisis, es necesario que el terapeuta telefónico posea ciertas habilidades clínico-interpersonales vinculadas a la relación terapéutica entre quien asiste y quien es asistido.

Es por esa razón que seleccionamos cuatro habilidades que consideramos básicas para brindar primeros auxilios y terapia breve vía telefónica, convirtiéndose en elementos indispensables para hallar un efecto verdaderamente paliativo ante la situación de crisis, estas son: *escucha activa*, *empatía*, *expresión de emociones* y *respeto*, que describiremos a continuación.

2.3.1 Escucha activa.

Vázquez, Loby y Araujo (2005) indican que la escucha activa hace referencia a la manifestación de ciertas conductas de que claramente se está prestando atención a la otra persona. Se trata de una habilidad necesaria para poder obtener información sobre los sentimientos, las necesidades y las demandas del otro. El objetivo que se percibe es el de demostrar al usuario que estamos interesados y atentos a los que se está transmitiendo.

Al ser un proceso en el cual quien recibe el mensaje auditivo se implica en lo que está escuchando, es la habilidad más requerida en la atención vía telefónica pues muchas veces será el único recurso con el que se cuente para realizar la intervención, es por ello que se debe hacer sentir al

usuario que se le está atendiendo y comprendiendo de esta forma la recogida de información será mucho más eficaz y completa, reconfirmando la información obtenida, filtrando aquella que sea relevante ordenándola.

Algunos elementos clave útiles para optimizar la escucha activa en la intervención vía telefónica son:

- Dedicarse a escuchar la mayor parte del tiempo de intervención.
- Cuidar el tono y volumen de voz, para que sea lo más equilibrado posible.
- Participar puntualmente en ciertos momentos de manera audible.
- Resistir a las distracciones tanto internas (preocupaciones personales) como externas (ruidos, celulares u otras conversaciones).
- Orientar toda nuestra capacidad de atención a la problemática que manifiesta el usuario.
- Hacer paráfrasis y resúmenes que hagan hincapié en lo más relevante que expone el usuario para que se sienta escuchado.

De acuerdo a Martin y Muñoz (2009) la escucha activa permite:

- Recoger información que se transmite de forma adecuada.

Ejemplo: ***“¿Me puede contar lo que le preocupa?”***.

- Detectar lagunas de información o razonamientos poco adecuados por parte del usuario.

Ejemplo: ***“¿Cómo decías que ocurrió?”***. ***“¿Cuándo llegaste...?”***

- Da lugar al usuario para expresarse sin sentirse interrumpido.
- Contrastar intuiciones o creencias propias con la información real que proporcione el usuario.
- Demostrar un verdadero interés por su situación.

Ejemplo: ***“Quiero escucharle lo que me dice es importante”***.

- Respetar el criterio ajeno, incluso aunque no se comparta.
- Retroalimentación al usuario, demostrará que se le presta verdadera atención a lo que dice.

Ejemplo: “Entonces si no te entiendo mal lo que me dices es”. “¿Quieres decir qué...?”.

Otra de las pautas importantes en el proceso de escucha activa son las *respuestas de escucha*, las cuales podemos utilizar a través de la intervención ya que favorecerán el proceso de toma de decisiones o solución de problemas, transmitiendo al usuario un estado de confianza e interés hacia su persona, generando una intervención eficaz (Cormier y Cormier, 2000).

Estas respuestas de escucha son:

- *Clarificación*; es una pregunta que favorece la elaboración del mensaje del usuario, comprueba la precisión de lo que ha entendido el usuario, ayuda a clarificar los mensajes vagos y confusos. *Ejemplo: “¿Podrías decirme a que te refieres con solucionarlo?”. “¿Podrías describirme qué suele suceder cuando no te arreglas con ellos?”.*
- *Paráfrasis*; permite centrarse en el contenido del mensaje que da el usuario. *Ejemplo: “Pareces darte cuenta de que no vas por el camino que quieres”.*
- *Reflejo*; anima al usuario a expresar sus sentimientos, ayuda al usuario a discriminar entre diferentes sentimientos con mayor precisión. Para lograr que el usuario se sienta reflejado podemos mencionar por ejemplo: *“Pareces asustada desde el caos de tu vida y ante la incertidumbre de que puedes hacer para mejorar tu situación”.*
- *Síntesis*; implica que el terapeuta tendrá que repetir dos o más partes de uno o varios mensajes que le proporcione el usuario. Resumir enlazando los elementos de los mensajes del usuario para poder interrumpir la ambigüedad del mensaje si la hay, esto ayudará a orientar la intervención a las necesidades del usuario. Por ejemplo: *“Parece que la situación en casa con tus padres ha llegado a ser intolerable. No puedes soportar su proceder y temes hacer algo de lo que posteriormente te arrepientas”.*

2.3.2 Empatía.

Es la capacidad de escuchar activamente los sentimientos y emociones de las personas y entender que puede tener motivos para actuar como actúa, o para sentirse como se siente, es decir, se trata de comprender que las personas pueden tener sus razones para sentirse como se sienten (Vázquez, Loby y Araujo, 2005).

Esta habilidad es de gran ayuda para entender la situación que afronta el usuario en el momento en el que decide hacer uso de la línea de apoyo, ya que implica que el terapeuta telefónico comprenda las circunstancias de la situación, conociendo las emociones y sentimientos del usuario.

La habilidad empática nos permite:

- Ayudar a identificar de manera eficaz el problema por el que llama el usuario.
- Fomenta la confianza y mejora la apertura por parte del usuario.
- Permite tomar cada llamada como única.
- Ofrecer una actitud comprensiva.

Al poner en práctica esta habilidad el usuario se sentirá escuchado y agradecido por la honestidad que el terapeuta telefónico refleje. Es por esta razón que Zárate, Tzompantzi, Pérez, Cuevas y Mondragón, (2012) señalan que se debe ser prudente y evitar frases como:

“Sé exactamente cómo te sientes” “Te entiendo perfectamente”, ya que por más que se entienda la situación nunca habrá una identificación total.

Evitar emplear expresiones como: ***“no te pongas así”, “no es para tanto”*** ya que solo conseguirán desalentar a nuestro interlocutor en la expresión de emociones.

Las frases: ***“Creo que entiendo lo que dices”*** o ***“Yo no lo he vivido pero me imagino que tu situación es difícil”*** cumplen más con los requisitos de empatía y honestidad y son más efectivas en el proceso de ayuda.

La forma más sencilla de manifestar de manera natural la empatía es realizar un ejercicio de reflexión preguntándose: ***“¿Qué pensaría y sentiría yo en una circunstancia como la que me están narrando?”*** al ser capaz de profundizar en esta pregunta la habilidad empática vendrá prácticamente sola.

2.3.3 Expresión de emociones.

Los sentimientos al ser conceptos abstractos dificultan su expresión, muchas veces por miedo de hablar con otras personas acerca de ellos sobre todo cuando se trata de desconocidos. Por eso es

importante que en la intervención telefónica el terapeuta sea capaz de dar forma a los sentimientos y pensamientos que manifieste el usuario, encausándolo a comunicarlos y manejarlos, utilizando nuestro único recurso disponible en la ayuda terapéutica: *la palabra* (Muñoz y Martín, 2009; Zárate, Claudio, Ramón y Mondragón, 2012).

Se debe favorecer la expresión emocional del usuario, lo cual es de beneficio al usuario por ejemplo: cuando una persona expresa en palabras un sentimiento o emoción relacionado con la vida cotidiana puede descubrir que las cosas no son tan graves como pensaba y sentir que existen soluciones a su alcance (Martin y Muñoz, 2009).

El terapeuta telefónico debe agradecer la confianza que el usuario deposita en él, puesto que cuando alguien manifiesta sus emociones está haciendo un gran esfuerzo por depositar una gran cantidad de confianza a quien le escucha, está dejando al descubierto aspectos que forman parte de su intimidad y esto para quien recibe esta información es un privilegio y así debe hacerse saber.

De tal forma que se debe alentar al usuario para que exprese sus emociones positivas y negativas como signo de que se reacciona ante los estímulos que le rodean, ya que solo cuando estas emociones sobrepasan determinados parámetros de frecuencia, duración o intensidad o bien cuando aparecen ante estímulos inadecuados, pueden considerarse patológicos y requerirán ayuda o atención especializada (Tapia, 2004).

2.3.4 Respeto.

En el sentido de la intervención telefónica irá orientado a la aceptación incondicional de lo expresado por el usuario siempre mostrando calidez y empatía.

El respeto debe expresarse estando dispuestos a trabajar con el usuario considerándolo como único, prestándole atención sin hacer juicios críticos, comunicando empatía recopilando los recursos con los que cuenta la persona para la construcción de soluciones a la problemática por la que requiere de los servicios (Muñoz y Martín, 2009).

El terapeuta telefónico debe evitar ser excesivamente vehemente al defender determinada decisión o posible solución del problema, el respeto a las decisiones por parte del usuario debe formar parte del

repertorio del terapeuta telefónico, incluso cuando se tenga la firme convicción de que el usuario está tomando decisiones equivocadas (Zárate, Claudio, Ramón y Mondragón, 2012).

2.4 Particularidades telefónicas en la intervención en crisis.

Cualquier intervención dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis vitales se ha considerado importante puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores (Caplan, 1974).

La intervención por teléfono debe cumplir con ciertas características para que el usuario sienta confianza y seguridad de que va a recibir ayuda y que se le va a escuchar, a continuación se mencionan algunas sugerencias (Tapia, 2004).

- Al recibir una llamada el operador debe relajarse, escuchar y no hacer promesas que no pueda cumplir.
- Si la persona que llama no sabe cómo iniciar la conversación, el operador deberá cargar con el mayor peso de la conversación.
- Todas las llamadas deben tomarse con seriedad.
- A cada usuario se le tratará con dignidad y respeto independientemente de la situación en que se encuentre.
- No insistir demasiado en obtener información de áreas que el usuario esté escondiendo.
- El usuario puede finalizar la llamada en cuanto lo desee.
- Se le pregunta su nombre al usuario, si no desea darlo se le pide un nombre de pila o se le otorga el derecho al anonimato.
- El operador debe escuchar empáticamente.
- Nunca emitir juicios de valor ni diagnóstico aunque el usuario lo pida.
- Invitar a que el usuario llame nuevamente y explicarle que no se puede brindar todo el apoyo durante la primera llamada.
- Tomar todas las notas que sea posible sin desatender al usuario.

Debido a que todas las crisis son diferentes, no se pueden esperar los mismos resultados para todas ellas. En general se diferencian dos tipos: aquellos productos de desafíos y retos normales de las distintas fases del desarrollo humano y otras cuyo origen se encuentra en el mundo interno del

usuario, tal vez sobre estructuras psicopatológicas. Para ambas formas, las primeras dos fases (primera llamada y llamadas subsecuentes) constituyen una buena técnica de intervención en crisis (Slaikou, 1996).

Si la crisis se acompaña de falla en las funciones de prueba y juicio de realidad, se le denominará quiebre psicótico. En este caso la mejor contribución es referirlo, no sin antes intentar disminuir la angustia y dar cierto grado de estructura, se le darán distintas opciones al tratamiento psiquiátrico. Cualquier otra intervención en crisis sirve como colaborador secundario de la intervención médica, mientras la etapa psicótica aguda remite (Caplan, 1974; Slaikou, 1996).

Con base en lo anterior se pretende homogenizar el apoyo que se brinda en el *Call Center* UNAM por lo que se lleva a cabo una serie de acciones en un orden determinado y flexible por parte de los terapeutas telefónicos. Estas acciones favorecen la atención que se le brinda al usuario y se refleja en el beneficio del mismo, una de ellas es el procedimiento para llamadas de primeros auxilios psicológicos y llamadas de terapia breve que contemplan fases que se distinguen entre sí, estas fases se explicarán a mayor detalle en el Manual de procedimientos.

3. MODELOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUALES.

3.1 Introducción.

La terapia cognitiva es un procedimiento de intervención estructurado de tiempo limitado, su principal objetivo es eliminar pensamientos negativos, sesgos cognitivos y creencias inadecuadas que generan y mantienen comportamientos desadaptativos o malestar emocional, que limitan o impiden que se pongan en marcha repertorios comportamentales, procesos de auto-regulación emocional, análisis y toma de decisiones que permiten afrontar con éxitos situaciones o acontecimientos vitales negativos (Caro, 2011).

Se centra en las distorsiones cognitivas del paciente y en los problemas externos relacionados con su malestar. La función del terapeuta es ayudar al individuo a modificar patrones cognitivos disfuncionales, en donde se pretende alcanzar objetivos a corto y largo plazo.

A corto plazo eliminar, los síntomas y creencias subyacentes que presenta el paciente. A largo plazo, adquirir habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarle a incorporar como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativas y racionales (Caro, 2007).

El terapeuta es más directivo en obtener información diagnóstica y en la explicación del tratamiento. Su responsabilidad es decisiva cuando hace la selección de técnicas de intervención que sean las más adecuadas en distintos momentos y enseñar al paciente a detectar y cuestionar los pensamientos, distorsiones, creencias. Se vale de distintas estrategias con el fin de que el paciente se dé cuenta de su papel activo en el control de sus emociones y conductas e introduzca la correspondiente modificación cognitiva. La tarea del terapeuta irá dirigida siempre a ayudar al paciente a darse cuenta de cómo este construye el mundo que percibe y como ese modo de construir se encuentra en la base de sus emociones y conductas (Caro, 2011).

Teniendo en cuenta la existencia de un gran número de terapias-cognitivo conductuales que se han visto reflejadas en una importante aplicación a distintos problemas comportamentales, se han hecho varias clasificaciones de las terapias cognitivas-conductuales, una de las más destacadas ha

sido la de Mahoney y Arknoff (1978) quienes las dividen en tres grupos: *terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas* (Oblitas, 2008).

Dentro de las primeras se incluyen la terapia cognitiva de Beck, en segundo lugar el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y por último la terapia de solución de problemas. Actualmente se señala a estas como las más relevantes por su utilidad y aplicabilidad clínica. Dicho lo anterior se presenta en el siguiente apartado la descripción y características de cada uno de estos modelos (Rodríguez, Carrillo y Lozano, 1998).

3.2 Modelo de reestructuración cognitiva.

Son métodos de intervención cuya finalidad es facilitar recursos al individuo a la hora de hacer su vida más llevadera frente a conflictos o problemas que le pudieran surgir. En la reestructuración cognitiva se llevan a cabo diversos métodos para adaptar los pensamientos negativos del individuo e introducir otros pensamientos más positivos (Caro, 2011).

Modifican y reconocen cogniciones desadaptativas de los pacientes y ponen de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlas por otras cogniciones más adecuadas. De acuerdo a Méndez, Olivares y Moreno (1998) en estos modelos se privilegia a la razón frente a la emoción visualizando al ser humano como un científico guiado por el terapeuta hacia un fin concreto, desechando procesos irracionales de pensamiento. Uno de estos modelos que se identifica con esta perspectiva es la terapia cognitiva de Aarón Beck que se expone a continuación.

3.2.1 Modelo cognitivo de Beck.

La terapia cognitiva fue formulada y desarrollada por Aarón Beck a comienzos de los años sesenta, en el origen de la formulación de la terapia cognitiva, señaló los principales factores que contribuyeron a ésta como sus investigaciones sobre la depresión, la observación de sus pacientes y la auto-observación de sus pensamientos ante situaciones vitales negativas de alto contenido emocional (Beck, 2000; Ruíz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

A través del modelo cognitivo explica los trastornos emocionales, inicialmente la depresión, y un procedimiento de intervención basado en el modelo. Posteriormente propone distintos modelos cognitivos para explicar trastornos psicopatológicos como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad. Centrándose en el *concepto de esquema, modo y distorsión cognitiva*, desarrolla una serie de técnicas de tratamiento afines con el papel que se le da a esta serie de estructuras y procesos cognitivos (Ruíz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

Beck define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo que se caracteriza por su actividad y dirección en la que el terapeuta y paciente trabajan juntos en el establecimiento de metas, acordando los asuntos a tratar en cada una de las sesiones, a reconstruir el pensamiento, ofreciendo un modelo de afrontamiento cuya finalidad es ayudar a desarrollar en el paciente estrategias que le permitan llevar a cabo su vida y trabajo satisfactoriamente y aprender a hacerlo por sí mismo, siendo consciente de sus procesos desadaptativos de pensamientos y sentimientos y del efecto de ambos en su conducta (Mahoney, 1997).

3.2.2 Conceptos fundamentales.

El modelo de Beck se centra en los conceptos de *esquema, tríada cognitiva, pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas* estos conceptos median e influyen junto con otros factores en la forma en que el individuo construye las experiencias y desarrolla una serie de técnicas de tratamiento, haciendo de la terapia cognitiva una estrategia global sobre la forma de manejar los problemas presentados por el paciente, a continuación se describen estos conceptos de acuerdo a Ruíz, Díaz, Villalobos y González (2012).

Esquema cognitivo.

Son entidades organizativas conceptuales complejas, compuestas de entidades más simples que contienen el conocimiento de la organización y estructura de los estímulos ambientales. Estos conceptos median e influyen junto con otros factores en la forma en la que el individuo construye sus experiencias (Mahoney, 2005).

Los esquemas definen la organización preexistente de los conceptos, que cambian con las nuevas experiencias, convirtiendo al esquema en algo dinámico, en base a los nuevos materiales que se van incorporando. Dicta los cursos de acción y como debemos interpretar situaciones, si los esquemas están latentes no conducen el procesamiento de la información, pero si están activados canalizan todos los niveles de procesamiento (Caro, 2011).

Para Beck un esquema agrupa a varios conjuntos de reglas y fórmulas para definir objetos, conteniendo una serie de creencias nucleares relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo, y su interacción con los demás. Organizados según sus funciones como lo indica la tabla 4.

Tabla 4. Principales esquemas cognitivos (Caro, 2007).

Tipo	Definición
Cognitivo-conductuales	Seleccionan, recuperan, almacenan e interpretan la información. Ej. Creencias intermedias y centrales.
Afectivos	Percepción de los estados sentimientos y sus combinaciones. Ej. El afecto negativo o positivo.
Fisiológicos	Representan factores y procesos somáticos Ej. Muy relevantes en el trastorno de pánico.
Conductuales	Códigos disposicionales de respuesta y programas listos para la acción que permiten ejecutar conductas. Ej. La activación de la conducta o evitación fóbica.
Motivacionales	Esquemas implicados en estrategias y conductas primarias, Ej. Apetito, sexualidad etc. O implicados en dirección de metas: logro, poder o son más personales e idiosincráticos Ej. Logros personales.
Afectivos	Percepción de los estados sentimientos y sus combinaciones. Ej. El afecto negativo o positivo.

El esquema es una estructura cognitiva relativamente estable que dicta cursos de acción y como debemos interpretar situaciones, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar información. Se van desarrollando a través de las numerosas experiencias particulares, y son adaptativos, desde el momento en el que facilitan un procesamiento de información más eficaz (Caro, 2007).

Permiten conectar la información con la antigua, de modo que se pueda reconocer y recuperar más rápidamente cuando esta sea necesaria para realizar la acción apropiada. Cuando se activan esquemas específicos (modos) su contenido influye directamente en el contenido de las percepciones, asociaciones y recuerdos de una persona en un momento dado (Mahoney, 1997).

Los modos.

Son subsistemas de la organización cognitiva en los que se organizan las constelaciones de esquemas, utilizados para explicar la complejidad de los trastornos psicológicos, por ejemplo la base cognitiva de las experiencias emocionales normales y anormales (Caro, 2011).

Los modos se caracterizan por ser:

- Complejos e integradores.
- Automáticos, sin esfuerzo y menos analíticos.
- Hipervalente, una vez activado domina el sistema de procesamiento de la información.
- Gira alrededor del esquema.

Tabla 5. Tipos de modos basado en Caro (2007).

Clasificación	Tipos y ejemplos.
Modos primarios: autopreservación procreación, seguridad, dominancia, sociabilidad.	Modos de amenaza: miedo y trastorno de ansiedad. Modo de pérdida: depresión. Modo de víctima: trastorno de la personalidad. Modo de auto-engrandecimiento: manía.
Modos constructivos: adquiridos a través de experiencias vitales.	Para relacionarnos con los otros logros y trabajos productivos solventar de forma más creativa las demandas cambiantes del ambiente. Ej. creatividad, independencia, capacidad para la intimidad y el romance.
Modos menores sobre actividades prosaicas.	Escribir, conversar, conducir, hacer un deporte.

Tríada cognitiva.

Hace referencia a tres patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. La visión negativa de sí mismo hace que el individuo se perciba como incompetente e inadecuado y se refleja en que percibe que el mundo le hace demandas excesivas. Esta visión negativa del futuro y desesperanza se debe a que percibe que nada de lo que experimenta en el presente cambiará y empeorarán sus dificultades y sufrimiento (Lira, 2007).

De estos patrones cognitivos (percepción de sí mismo, mundo y futuro) se derivan el resto de los síntomas que aparecen en los cuadros depresivos: falta de motivación, deseos de suicidio, pasividad, dependencia, indecisión y falta de energía.

El concepto de tríada cognitiva se puede generalizar para conceptualizar cognitivamente algunos aspectos de otros trastornos por ejemplo: el abuso de sustancias o alcoholismo o derivar tipos de tríadas cognitivas, puesto que los principales trastornos poseen un acontecimiento ideacional propio y distintivo. La tríada cognitiva se manifiesta en el contenido de los pensamientos automáticos de los individuos, es decir en su respuesta cognitiva inmediata automática y no reflexiva de una situación (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son autoverbalizaciones, pensamientos e imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción en el caso de la depresión, de los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se cometen al interpretar tales acontecimientos. Son una parte importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo, que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas (Caro, 2011).

Los esquemas y la tríada cognitiva son características cognitivas comunes que hacen referencia a conceptos distorsionados en el individuo, que forman parte de pensamientos automáticos, pueden tomar una forma verbal o relativa, son conclusiones juicios e interpretaciones que aparecen automáticamente como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden

formarse (Caro, 2007). Se caracterizan por ser discretos, no sujetos a control voluntario por lo que son difíciles de cortar, parecen poco razonables a quien los tiene por lo que no se ponen en duda. A medida que el trastorno progresa le es cada vez más difícil al paciente contemplarlos objetivamente, representan el material básico con el que se trabaja en terapia cognitiva y a través de los cuales se pueden extraer inferencias relevantes en cada caso particular (Mahoney, 1997).

Distorsiones cognitivas:

Las distorsiones cognitivas conducen a que los individuos saquen conclusiones erróneas, aunque la percepción que hagan de una situación sea la correcta. Si la situación se percibe de forma equivocada, las distorsiones cognitivas ampliarán el impacto de estas percepciones, tienen características parecidas a las de los pensamientos automáticos, aparecen sin ninguna reflexión previa o razonamiento, parecen plausibles a los ojos del paciente y son menos susceptibles de ser modificadas mediante la razón o mediante evidencia que las contradice que otras formas de ideas no asociadas con una buena forma de psicopatología en concreto (Caro, 2007).

Beck señala 11 distorsiones cognitivas:

- Magnificar /minimizar.
- Saltar a las conclusiones.
- Razonamiento emocional.
- Culpabilidad inapropiada.
- Etiquetar.
- Leer la mente.
- Sobregeneralización.
- Declaraciones de debería.
- Descontar lo positivo.
- Adivinación.
- Pensamiento de todo o nada.

A partir de estas otros autores han incrementado o añadido otros sesgos negativos por ejemplo Yurica y DiTomasso, (2004) describen 17 distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia, muchas de estas distorsiones no son exclusivas de pacientes depresivos y están presentes en otros muchos trastornos o problemas emocionales y conductas disfuncionales, véase tabla 6.

Tabla 6. Distorsiones cognitivas retomado de: (Ruíz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Inferencia arbitraria	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	<i>“No encuentro trabajo, soy un desastre.”</i>
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	<i>“Es mejor que no lo intente porque fracasaré y será horrible.”</i>
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	<i>“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero.”</i>
Pensamiento dicotómico blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas bueno/malo/positivo/negativo.	<i>“O saco 10 en el examen o soy un fracasado.”</i>
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgo o atributos positivos.	<i>“Me salió bien la cena pero fue casualidad”.</i>
Sobre-generalización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	<i>“Me salió mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien.”</i>
Perfeccionismo	Estos esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.	<i>“Las cosas hay que hacerlas perfectas, sino es mejor no hacerlas.”</i>
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.	<i>“María y Juan se están riendo, seguro que es de mí.”</i>
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un conjunto negativo.	<i>“Soy un desastre he perdido el paraguas.”</i>
Afirmaciones con debería	Hace referencia a las expectativas o demandas sobre capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.	<i>“Debería haberse dado cuenta de yo ya lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”.</i>
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo o los otros basándose en las emociones que experimenta.	<i>“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.</i>
Construir la valía personal en base a opiniones externas.	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de otros.	<i>“Mi novio me dice que soy una inculta, seguro tiene razón”.</i>
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	<i>“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”.</i>
Etiquetado	Etiquetarse a sí mismo o a los demás de forma peyorativa.	<i>“Soy un fracasado”.</i>
Magnificación	Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo de un rasgo o circunstancia.	<i>“Me ha salido el examen fatal es horrible no lo puedo soportar”.</i>
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que lo apoye.	<i>“Sé que mi padre, en el fondo piensa que soy un inútil”.</i>
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	<i>“Me han llamado mis amigos cinco veces pero podrían llamarme más”.</i>

3.2.3 Técnicas de intervención.

El modelo de Beck se interesó en proporcionar un marco conceptual cognitivo de los problemas emocionales, ofreciendo procedimientos y técnicas de intervención coherentes con él. Sin embargo, la terapia cognitiva no consiste en la aplicación de una serie de técnicas de forma automática y uniforme a todos los pacientes, por el contrario cada caso debe ser cuidadosamente conceptualizado dentro del marco cognitivo y eso llevará al terapeuta a elegir las estrategias y técnicas adecuadas para cada paciente (Mahoney, 1997).

Técnicas conductuales.

Los modelos cognitivos emplean técnicas de tipo conductual las cuales tienen dos usos principales: son técnicas paliativas para disminuir algunos síntomas de los pacientes o para aumentar conductas que supongan modificar sistemas concretos, además permiten descartar pensamientos disfuncionales y desarrollar pensamientos alternativos siendo coadyuvantes para el cambio cognitivo y producir activación conductual (Caro, 2011).

Se dirigen solo a la conducta manifiesta del paciente, es decir, el terapeuta prescribe algún tipo de actividad dirigida a una meta para producir un cambio en las actitudes negativas de manera que el desempeño del paciente siga mejorando. Las principales técnicas conductuales en el modelo de Beck son: *la planificación de actividades, las tareas graduadas, técnica del dominio y agrado*. Se suman a ellas *técnicas como la relajación y la visualización, el entrenamiento en asertividad, solución de problemas y la exposición* (Caro, 2007).

La mayoría de las técnicas forman parte del repertorio habitual de la terapia conductual, el fin del terapeuta cognitivo al hacer uso de estas es conseguir la modificación de cogniciones del paciente, utilizando las técnicas como herramientas que permiten al paciente hacer cosas que no hacía porque creía que no era capaz, le permiten descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta. Su aplicación exige un mínimo de funcionamiento conductual cuando éste no existe, se instaura mediante la aplicación de técnicas conductuales que le permitirán al paciente iniciar acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sensaciones de bienestar (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Tabla 7. Técnicas conductuales utilizadas en la terapia cognitiva de Beck.

Técnica	Descripción
Auto-supervisión.	Supone pedirles a los pacientes que lleven a cabo un registro detallado de sus actividades y estado de ánimo asociado.
Programación de actividades.	Programar actividades satisfactorias, reforzadoras del pasado pero evitadas a partir del problema y actividades nuevas reforzadoras y agradables acordadas con el paciente.
Técnica del dominio y satisfacción.	Supone la planificación de tareas agradables o relevantes que el paciente tenga ganas de hacer.
Tareas graduadas	Seleccionar una tarea y descomponerla en una serie de pasos aumentando el nivel de complejidad.
Técnica de control de estímulos.	Reducir o incrementar estímulos para aliviar dificultades.
Entrenamiento asertivo	Poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente ante situaciones o personas que provocan ansiedad, incluye poder decir “no” y expresar opiniones o pedir ayuda.
Relajación	Ayuda al paciente a obtener una mayor sensación de control sobre el cuerpo, identificar y disminuir la tensión muscular.
Respiración	Recuperar una sensación de control sobre los aspectos somáticos de la angustia y ansiedad.
Visualización	Es una herramienta útil para aliviar la tensión muscular y reducir el estrés, al mismo tiempo que se efectúan cambios en la conducta.

Técnicas emotivas.

Son utilizadas para entrenar al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesita controlarla.

Tabla 8. Técnicas para el control de emociones.

Técnica	Descripción
Inducción a la autocompasión.	Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos.
Inducción a la cólera controlada.	Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que pueden provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones.
Distracción externa.	Enseñar a los pacientes a utilizar mentalmente, actividades para evitar tener pensamientos negativos.
Evitar verbalizaciones internas catastrofistas.	Ayudar al paciente a sustituir verbalizaciones negativas por otras que resalten su fortaleza y le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y el dolor.
Análisis de responsabilidad.	Analizar los patrones arbitrarios e idiosincráticos del paciente que le hacen determinados pensamientos y deseos.

Técnicas cognitivas.

Beck denomina técnicas cognitivas al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático (preguntas que ayuden al paciente a identificar y cambiar pensamientos negativos), que tienen como propósito ayudar al paciente a contrarrestar las ideas negativas buscando evidencias, puntos de vista alternativos e introducir la duda frente a la certeza, para que éste sea capaz de trabajar, detectar aquellos pensamientos que más problemas le estén causando y modificar sus principales errores cognitivos (Caro, 2011).

Tabla 9. Técnicas cognitivas para desafiar pensamientos automáticos distorsionados (Caro, 2007).

Tipo	Descripción
Búsqueda de respuestas alternativas.	El paciente mediante diálogos socráticos y cuestionamiento es capaz de someter a análisis un pensamiento distorsionado alcanzando un punto de vista diferente.
Análisis de la lógica incorrecta	Someter un pensamiento distorsionado a contrastación, siguiendo una serie de reflexiones, como: <i>¿está confundiendo su aversión de los hechos con los hechos? o ¿está perdiendo de vista el contexto de la situación?</i>
Comprobación de hipótesis	Buscar la evidencia a favor o en contra, mediante un experimento, de una idea negativa convertida en una hipótesis a revalidar en función del resultado reevaluando la idea inicial.
Ofrecer psicoeducación continua	Ejemplo: dar información sobre la seguridad de los ascensores a un paciente con esa fobia.
Definir los términos	Ejemplo: <i>¿Cómo definiría fracaso? ¿Cómo definiría éxito?</i>
Descenso vertical	Preguntar que significaría <i>(¿Qué sucedería, porque sería un problema?)</i>
Mantener un registro diario	Hacer que el paciente lleve un registro de conductas o acontecimientos que confirman o rechazan un pensamiento.
Negación de problemas	Hacer que los pacientes hagan una lista de porque una situación no es un problema, más que las razones por las que es un problema.
Retribución	Considerar otras causas de la situación (provocación, carencia de conocimiento o preparación, dificultad de la tarea, carencia de guías y reatribuir parte de la responsabilidad de la situación a esas cosas.
Comprobar predicciones	Hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.
Luchar contra la generalización	Preguntar al paciente <i>¿solo porque "X" haya ocurrido, significa que es inevitable que suceda?</i>

El modelo de Beck ha demostrado ser un tratamiento eficaz en una gran variedad de trastornos clínicos, ha incorporado conceptos teóricos y técnicas de otras orientaciones, para responder mejor a las demandas del trabajo clínico y contestar a los retos técnicos y empíricos (Beck, 2000).

La terapia cognitiva utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para promover el cambio de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. Muchas de las técnicas que utiliza, fundamentalmente las conductuales y emotivas, forman parte del repertorio habitual de la terapia de la conducta aunque su aplicación tiene como principal objetivo la modificación de cogniciones en lugar de conductas (Caro, 2007).

La terapia de Beck se ha expandido a otros campos distintos al de la depresión, como trastornos de ansiedad y pánico, trastornos de personalidad, conductas adictivas, problemas de pareja. Su aplicación abarca componentes cognitivos y conductuales con un amplio abanico de técnicas (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

3.3 Modelos de resolución de problemas.

Enfocadas en entrenar al individuo en una metodología sistemática para abordar diferentes problemas, el proceso comprende poner en funcionamiento diferentes habilidades: análisis de los problemas, formulación de objetivos, generación y valoración de alternativas y selección de las más adecuadas, así como la valoración de los resultados (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Terapia de solución de problemas de Meichenbaum.

Es una intervención cognitivo-conductual que se enfoca en incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas o experiencias estresantes de la vida y poner en marcha opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Se identifican las soluciones eficaces para problemas de la vida cotidiana utilizando un conjunto de habilidades de diferente naturaleza cognitivo, conductual y emocional que se activan cotidianamente de forma flexible para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida (Meichenbaum, 1988).

Es una terapia utilizada ampliamente para aquellos individuos que desean mejorar su estado anímico, autoeficacia, autoestima o los resultados en el trabajo e incluso cuando las personas no

tienen problemas específicos de carácter psicológico o físico (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Promueve la aplicación y desarrollo de estrategias específicas de carácter racional dirigidas a la solución de problemas, identificar apropiadamente por qué una situación es un problema, generar situaciones alternativas y llevar un análisis de coste-beneficio para decidir un plan de solución e implementar la solución monitorizando su efecto y valorar sus resultados (Meichenbaum, 1988).

Pretende ayudar al individuo a que adopte una forma realista y positiva, que le permita entender el papel de las emociones de forma eficaz y pueda llevar a cabo un plan de acción dirigido a reducir su malestar psicológico. Cuenta con un proceso sistematizado ajustado a los problemas delimitados que generan la sintomatología que presenta el individuo (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Proceso de la terapia de Solución de problemas.

Las etapas de aplicación son tres:

1. Evaluación.
2. Intervención.
3. Mantenimiento y generalización.

El procedimiento comienza con la evaluación conductual del problema que presenta el individuo, se establece cuáles son las habilidades básicas de la solución de problemas con las que el individuo cuenta de base, lo que permitirá ver su estilo de afrontamiento de problemas si es eficaz o desadaptativo. A continuación se mencionan las fases del entrenamiento en solución de problemas de acuerdo al modelo de D'Zurilla y Goldfried (1971) que establece cinco fases:

Orientación hacia el problema.

Es una etapa básica cuyos resultados dependerán del resultado del resto de las fases de la terapia en la cual se debe desarrollar una actitud positiva referente a cuestiones como fomentar las creencias de autoeficacia, habilidades en el reconocimiento de los problemas, la optimización de la regulación emocional para reconocer y afrontar los problemas, y la adquisición de la capacidad de

pensar antes de actuar, habilidades básicas para conseguir una óptima orientación hacia el problema.

Definición y formulación del problema.

En esta fase se debe recopilar información relevante sobre el problema a partir de los hechos, debe recogerse en términos concretos y objetivos, se identifica y corrige cualquier distorsión sobre la situación problema. Una vez definido el problema se establecerán metas realistas, lo que supondrá aceptar que el problema a veces no puede ser resuelto y solo puede abordarse la respuesta personal (cognitiva, emocional y conductual), otras veces conlleva tiempo y requiere tolerancia a la incertidumbre (D'Zurilla y Nezu, 2007).

Generación de alternativas de solución.

Se ponen en marcha estrategias que lleven a generar numerosas soluciones para el problema, cuantas más soluciones haya mayor probabilidad de encontrar una apropiada y cuanta más diversidad, habrá un mayor potencial de adaptación o ajuste a los factores implicados en el problema permitiendo combinar elementos de distintas soluciones hasta llegar a la solución óptima (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

Toma de decisiones.

Una vez que se ha generado un grupo de soluciones se procede a valorar las diferentes alternativas. Haciendo un análisis de ventajas e inconvenientes de aquellas opciones que no son realistas o que resultan inviables, nos permitirá encontrar soluciones más adaptativas.

Se analiza cada alternativa anticipando las consecuencias positivas y negativas de su implantación y valorando en una escala subjetiva entre 0 (no tiene ningún valor para el individuo) y 10 (tiene mucho valor para el individuo), la idea es obtener para cada opción un valor cuantitativo para las consecuencias positivas y otras para las negativas que facilite la comparación entre opciones, una vez realizado este proceso se procede a tomar la decisión (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Una vez dirigida la solución es útil que el individuo conteste algunas preguntas que le pueden dar una idea sobre si ha optado por una buena opción, algunas preguntas pueden ser:

- ¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo?
- ¿Es realista? o ¿Es muy costosa?
- ¿Cuánto tiempo requiere?
- ¿Puede ser implementada por el individuo o requiere que otras personas se impliquen?
- Las consecuencias que se anticipan de su puesta en práctica ¿llevan a resolver el problema?

Implementación de la solución y verificación.

En esta última fase se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para cada uno de ellos, posteriormente se pone en marcha cada uno de los pasos y se valorarán los resultados que se van obteniendo con la implementación progresiva del plan de acción (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

La ejecución es la puesta en práctica de la solución, la autoobservación, se refiere a la observación de la propia conducta en la ejecución de la solución, en donde se compara el resultado que se va obteniendo con el resultado anticipado para pasar al auto-reforzamiento en caso de que los resultados obtenidos se adecuen a los anticipados, y en caso contrario revisar el proceso retomando fases anteriores (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Su implementación ha sido utilizado en un amplio conjunto de conductas: intervención en crisis, alcoholismo, trastornos de ansiedad y estrés, problemas de pareja, control de ira etc. Ha sido considerada como una de las de mayor futuro en el campo de tratamiento.

3.4 Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento.

Pretende que el paciente adquiera habilidades para hacer frente de forma activa a una variedad de situaciones estresantes. Una de esas técnicas es el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) de Meichenbaum (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

3.4.1 Inoculación de estrés.

El entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) se refiere a un paradigma de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible. Combina

elementos de enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autoregistro, autoinstrucciones, y autoreforzamiento, así como intentos de lograr cambios en el entorno. El entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) está ideado para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, no solo para resolver problemas inmediatos concretos, sino también para aplicarlo a dificultades futuras (Meichenbaum, 1988; Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

Se propone dotar de habilidades de afrontamiento al individuo ante las consecuencias de la exposición a situaciones estresantes, como un modelo preventivo para “inocular” a las personas ante estresores presentes y futuros, así como reforzar la resistencia mediante la exposición a estímulos que sean lo bastante fuertes para suscitar defensas sin que sean tan poderosos que las venzan (Meichenbaum, 1988).

El paciente puede desarrollar un sentido de recursos aprendidos (habilidades y expectativas positivas) gracias a su experiencia con éxito al afrontar unos niveles plausibles de estrés, que le ayudarán eficazmente en situaciones todavía más estresantes (Meichenbaum, 1988).

3.4.2 Procedimiento básico de aplicación.

El objetivo del entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) es considerar las situaciones estresantes como problemas que se pueden resolver, y saber afrontar futuros acontecimientos estresantes. De modo que su fase inicial persigue objetivos claros: comenzar la relación con el paciente y conseguir que este formule su problema de estrés en términos más adaptativos de lo que venía utilizando hasta el momento (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Resulta primordial que el paciente pueda comenzar el cambio de su diálogo interno acerca de sus reacciones de estrés, centrando su atención en el presente y futuro. Se ha aplicado a diferentes problemáticas, el entrenamiento puede durar entre una hora y 12 sesiones, se puede aplicar en forma individual, en parejas y grupo (Muñoz y Bermejo, 2001).

La finalidad del entrenamiento es producir un cambio en tres campos:

- Conductual: cambiar las conductas desadaptativas y aumentar las positivas.

- Actividad reguladora: trabajar a niveles de estructuras superficiales, cambiando los enunciados, imágenes y sentimientos perturbadores.
- Estructuras cognitivas: estas serían estructuras más profundas que suponen cambios en supuestos y creencias, cambios en la forma que tienen los sujetos de entender el mundo.

De acuerdo con Meichenbaum (1988) el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) está diseñado para:

1. Enseñar a los pacientes la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
2. Instruir a los pacientes para que auto-controlen pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.
3. Preparar a los pacientes en la resolución de problemas, es decir definición del problema, consecuencias, previsiones, toma de decisiones y evaluación de los resultados.
4. Modelar y reproducir las actuaciones reales, la regulación de las emociones y las habilidades de afrontamiento propias de autocontrol.
5. Enseñar a los pacientes la manera de utilizar respuestas desadaptativas como señales para poner en práctica sus repertorios de afrontamiento.
6. Ofrecer prácticas de ensayo imaginado y conductual y asignaciones graduadas cada vez más exigentes para fomentar la confianza del paciente el uso de sus propios repertorios de afrontamiento.
7. Ayudar a los pacientes a adquirir conocimientos suficientes, comprensión de sí mismos, y habilidades de afrontamiento que les facilitan mejores maneras de abordar situaciones estresantes inesperadas.

El entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) consta de tres fases principales: conceptualización, ensayo y adquisición de habilidades, aplicación y seguimiento; dentro de un marco flexible que tiene en cuenta las diferencias individuales, buscando cambios no solo en el individuo sino en el ambiente, y con una colaboración estrecha entre terapeuta y paciente en donde es importante tener en cuenta cómo y de dónde ha llegado el paciente al tratamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995).

Siguiendo el paradigma de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento sistemático de Meichenbaum en (1977), Muñoz y Bermejo (2001) exponen un protocolo de aplicación del entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) que seleccionamos por su practicidad y sencillez al establecer criterios de intervención, que se señalan en los siguientes apartados.

Fase 1. Conceptualización.

Supone el primer paso del tratamiento elegido, tiene varios objetivos importantes, entre los que figura el análisis de los problemas presentados (naturaleza del estrés del paciente y afrontamiento), la utilización de los pacientes como colaboradores, gracias a lo cual pueden analizar su estrés de manera autónoma, y la colocación de los cimientos para el adiestramiento posterior (Meichenbaum, 1988).

Se educa a los pacientes mediante diálogo socrático sobre la naturaleza y el impacto del estrés. En la línea de la solución de problemas, los pacientes aprenden a ver las amenazas percibidas como problemas, resolviendo e identificando aquellos aspectos de las situaciones junto a sus reacciones que se pueden cambiar y los que no. El resultado de este proceso es el desarrollo de un modelo ajustado al problema del paciente que conduzca a una intervención específica. Esta conceptualización se hace de muy diversas maneras, como una entrevista funcional, procedimientos en imaginación, registros, evaluación conductual etc. (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

De acuerdo a la conceptualización de Muñoz y Bermejo (2001) todos los datos se deben integrar y además el paciente debe ser capaz de observarse, registrar y atribuir sus problemas y los determinantes de ellos, generando hipótesis y soluciones posibles, en donde se conceptualizan tareas y objetivos por ejemplo:

- Identificar los determinantes del problema o problemas que le afectan de estrés.
- Permitir al individuo contar su historia, crear un clima de confianza, para conocer el esquema atribucional del paciente.
- Dividir los estresores del paciente en situaciones específicas y estas en problemas conductuales específicos, y evaluar cuáles son adaptativos y cuáles no.
- Diferenciar los aspectos modificables e inmodificables de la situación de estrés.
- Establecer metas conductuales específicas a corto, medio y largo plazo.

- Entrenar al individuo en autoobservación y autoregistro.
- Asegurarse hasta qué punto las dificultades de afrontamiento dependen de déficit de habilidades o son resultado de fallos en la ejecución (creencias desadaptativas, sentimientos de baja autoeficacia, ideas negativas, ganancias secundarias).
- Reconceptualizar el problema del estrés, subrayar los puntos fuertes del paciente y sus sentimientos de poder hacer frente a la situación.

Se establece una relación colaboradora entre los pacientes y el terapeuta. Se utiliza el diálogo socrático para educar a los pacientes sobre la naturaleza y el impacto del estrés y el papel tanto de los procesos de estimación como de la naturaleza y el impacto del estrés y el papel tanto de los procesos de estimación como de la naturaleza transaccional del estrés (como pueden los pacientes aumentar el nivel de estrés que experimentan inadvertida, involuntariamente, y quizá incluso sin darse cuenta (Muñoz y Bermejo, 2001).

Como resultado de la entrevista, de los cuestionamientos psicológicos, de la autoobservación del cliente, y de los materiales de lectura, se reconceptualiza la respuesta de estrés de los pacientes como estado formado por diferentes componentes que pasan por fases predecibles de preparación, de construcción de enfrentamiento y reflexión sobre sus reacciones a los estresores. La reconceptualización específica que se ofrece se adapta individualmente a los problemas específicos que presentan los pacientes (inquietud, ira, dolor físico etc.) como resultado de un proceso colaborador se formula un modelo más esperanzador y útil, un modelo que conduzca a una intervención específica (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

El terapeuta facilita una exposición razonada del problema de estrés del paciente en unos términos más benignos y susceptibles de cambio. Se lleva a cabo con los propios ejemplos de la vida del paciente.

Cuando el paciente comparte sus emociones, pensamientos e imágenes recurrentes e intrusivas el terapeuta puede iniciar el proceso de reconceptualización el cual ayuda al paciente a elaborar una perspectiva de autocontrol, ayudándoles a recoger y luego evaluar unos datos que implican el papel de los factores psicológicos en las experiencias de dolor. El proceso de reconceptualización les alienta

para que adopten una actitud de resolución de problemas y desarrollen recursos propios en lugar de sentimientos de impotencia (Meichenbaum, 1988).

Es importante que el paciente conozca la universalidad de sus respuestas de estrés, que el objetivo principal del entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) es considerar las situaciones estresantes como problemas a resolver, más que como amenazas personales y saber cómo afrontar acontecimientos estresantes que pudieran surgir en el futuro (Muñoz y Bermejo, 2001).

Fase 2. Ensayo y adquisición de habilidades.

Una vez reconceptualizado el problema, dividido en elementos menores y más accesibles, activado el paciente al cambio se comienza el entrenamiento en habilidades o estrategias para afrontar el tipo de problemas a los que se refiere el paciente. El objetivo de esta fase es asegurar que el paciente desarrolle la capacidad de ejecutar efectivamente las respuestas de afrontamiento considerando al paciente como un colaborador al igual que en la fase anterior (Meichenbaum, 1988).

Esta fase es la que más tiempo lleva por el hecho de entrenar a los pacientes en el uso de estrategias comportamentales de afrontamiento requiere de un período más largo que el simple hecho de presentárselas e incluso el de unirlos para su puesta en práctica posterior, esto contribuye a que el paciente prepare los planes de acción que deberán guiar su actuación, para desarrollar la capacidad de ejecutar efectivamente sus respuestas de afrontamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995).

Para tal situación el terapeuta ofrece una variedad de técnicas de afrontamiento para que los pacientes puedan experimentar y determinar las más adecuadas a su caso. Supone la enseñanza de técnicas de enfrentamiento ante demandas ambientales o para alterar situaciones y transacciones que producen estrés, o bien paliativas para eliminar el malestar ante situaciones negativas (Muñoz y Bermejo, 2001).

Pueden incluir estrategias como: la autoregulación emocional el consuelo de sí mismo y la aceptación, el entrenamiento en relajación, entrenamiento autoinstruccional, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades interpersonales de comunicación,

procedimientos de desviación de la atención, uso de sistemas sociales de apoyo y fomento de actividades relacionadas con objetivos (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Una vez que estas estrategias se van poniendo en marcha de acuerdo al plan de intervención diseñado, sin embargo cabe la posibilidad de poder realizar algunos cambios sobre la marcha en función del desarrollo del programa (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995). Una vez seguros de que el paciente está en disposición de utilizar todas las estrategias, se debe pasar a la tercera fase: aplicación y seguimiento.

Fase 3. Aplicación y seguimiento.

Los pacientes pueden practicar una amplia variedad de estilos de afrontamiento, pero con la particularidad de hacerlo siendo inmunizados poco a poco, la meta es lograr un cambio duradero y generalizable, poniéndolo en funcionamiento poco a poco. Para ello se emplean técnicas como la imaginación, los ensayos conductuales y exposición gradual. Para el mantenimiento y generalización, el paciente debe aumentar su sensación de autoeficacia e identificar y anticipar situaciones de alto riesgo (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Proporciona a los pacientes oportunidades para poder aplicar la variedad de estilos de afrontamiento a lo largo de los niveles crecientes de estresores (se emplean técnicas como la imaginación, ensayos conductuales, juego de roles o exposición gradual. A fin de consolidar más estas habilidades, se puede incluso pedir a estas personas que ayuden a otros con problemas similares.

En el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) se crean procedimientos de prevención de recaídas (identificación de situaciones de alto riesgo, señales de advertencia y formas de afrontamiento de recaídas) procedimientos de atribución (asegurarse que los clientes se atribuyen y se adscriben con sus propias palabras los campos que han tenido lugar) y seguimiento (sesiones de mantenimiento). En la mayoría de los casos la duración de la intervención consiste entre 8 a 15 sesiones, y mantenimiento realizadas en un periodo de 3 a 12 meses (Muñoz y Bermejo, 2001).

Prevención de recaídas

El terapeuta debe dejar claro que el objetivo del entrenamiento no es eliminar el estrés, sino conseguir que el participante en el entrenamiento pueda aprender a responder de forma más adaptativa y flexible las situaciones estresantes. Es decir, a pesar de que el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) se ha desarrollado con éxito, los participantes pueden verse expuestos a situaciones de fracaso o situaciones extremadamente difíciles en las que los recursos de las personas normales no suelen ser suficientes (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995).

Por tal razón para la prevención de recaídas se siguen las siguientes pautas (Muñoz y Bermejo, 2001):

- Enseñar al paciente a identificar las claves que enuncian un fracaso.
- La identificación temprana del fracaso le permitirá actuar y readaptar sus planes y estrategias de afrontamiento.
- En la mayoría de las ocasiones las personas son capaces de superar este tipo de fracasos iniciales por sí mismos.
- Además, la superación de este tipo de problemas provoca aumentos en la sensación de autoeficacia y confianza en sí mismo.
- Enseñar al paciente a identificar situaciones y momentos especialmente difíciles o de gran riesgo. Ante este tipo de problemas el paciente debe ser capaz de buscar ayuda, incluso profesional.
- Debe animarse al paciente a analizar las razones de los posibles fracasos una vez producidos, este análisis puede hacerlo el paciente solo, en las situaciones leves y moderadas o con ayuda del terapeuta en las situaciones especialmente difíciles.

Un entrenamiento en prevención de recaídas facilita al paciente al percibir sus reacciones ante las situaciones estresantes como algo predecible, y con sentido: existen factores identificables y controlables que pueden contribuir a recaídas.

La manera en que los pacientes interpretan los fracasos es esencial. Este riesgo se puede evitar anticipando y ensayando las reacciones ante posibles fracasos, las recaídas se toman como

oportunidades para el aprendizaje que permiten mantener, e incluso aumentar las ganancias adquiridas durante el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE).

Siguiendo el modelo de Muñoz y Bermejo, (2001) se hace una valoración de la intervención y seguimiento antes de dar por finalizado programa de entrenamiento de inoculación de estrés (EIE) que servirán igualmente para abordar la valoración de la intervención.

Durante estas sesiones se refuerzan las habilidades de afrontamiento y se comentan las posibles dificultades que hayan surgido desde la última sesión o aquellas situaciones que se prevea que pueden resultar problemáticas en su futuro.

El terapeuta ha de tener presentes aspectos relevantes:

- Probablemente no acudan todos los pacientes a las citas, cuanto más espaciadas, menos asistencia.
- Algunos pacientes tendrán mejorías importantes, mientras que otros pueden no haber mejorado tanto.

La ayuda del terapeuta siempre queda disponible ante cualquier dificultad. Con el transcurso del tiempo, los problemas del paciente pueden cambiar, así como las expectativas de su entorno al percibir la mejoría. Terapeuta y paciente pueden diseñar planes específicos para aquellos casos en los que después del entrenamiento, en algún momento el cliente necesite ayuda complementaria, por ejemplo en la prevención de recaídas (Meichenbaum, 1988).

3.4.3 Técnicas utilizadas en el entrenamiento en inoculación de estrés EIE.

- Entrenamiento en relajación y respiración.

Es un procedimiento sencillo de aprender para los pacientes, produce efectos inmediatos y fáciles de percibir, su eficacia suele ser muy elevada. Persigue disminuir la activación y reducir la ansiedad por que presenta algo para ejercer el control (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

La presentación de las técnicas de desactivación debe surgir de la reconceptualización del problema concreto del paciente, si los signos de tensión física exacerban el estrés, se le puede sugerir que la relajación o la respiración pueden ayudar a reducirlo. Es preciso comentar de qué formas específicas se utilizarán, sobre todo ante señales de baja intensidad; la generalización forma parte del entrenamiento (Meichenbaum, 1988).

En su fase introductoria, debe surgir del proceso de conceptualización. Cuando el paciente está ocupado por la supuesta incompatibilidad entre alerta y relajación, el terapeuta puede indicar que el adiestramiento en relajación, el terapeuta puede indicar que el adiestramiento en relajación, sino también que comente con el paciente lo que significaba estar relajado y como un paciente puede permitirse la relajación (Meichenbaum, 1987).

El paciente ha de saber que aprender a relajarse no es una pérdida de tiempo. El objetivo es dominar, no erradicar, el estrés y la adquisición de las habilidades de afrontamiento no es nunca un proceso continuo y suave. El terapeuta actúa como modelo de afrontamiento, y así el adiestramiento en relajación no es una mera técnica enseñada al paciente, es una respuesta activa de afrontamiento que el paciente activa a diario. Es necesario asegurarse de que el revisa las consecuencias de su esfuerzo de afrontamiento y se autoatribuye las mejoras (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

- Reestructuración cognitiva (corregir las ideas irracionales).

Estas técnicas consiguen que los pacientes sean conscientes del papel que las emociones y las cogniciones desempeñan como factores desencadenantes y mantenedores del proceso de estrés (Beck, 2000).

Muñoz y Bermejo, (2001) señalan los pasos esenciales de la reestructuración cognitiva:

- Identificación de los pensamientos y sentimientos. Búsqueda de las interpretaciones del paciente.
- Recogida de datos, con la colaboración del paciente, a favor o en contra de tales interpretaciones.

- Elaboración de experimentos personales para poner a prueba la validez de las interpretaciones y reunir más datos para la discusión.
- Discusión racional y reinterpretación de los acontecimientos por parte del paciente.
- El terapeuta colabora con el paciente en la investigación de sus conclusiones formuladas como hipótesis.

Elementos importantes en la reestructuración cognitiva:

- No interrumpir ni responder al paciente, dejar expresar con total libertad y claridad (identificación de ideas).
- Responder a los sentimientos que reflejan las afirmaciones del paciente.
- Centrarse en el contenido de las afirmaciones, extraer algunas de las palabras y devolvérselas al paciente para que las reconsidere y sea consciente de la naturaleza absolutista de su pensamiento.
- Explorar el impacto de los pensamientos automáticos sobre sus emociones y su comportamiento, pero sin restar importancia a su problema sino replanteándolo.

Evaluar lógicamente estas cogniciones y observar los errores cognitivos, estas distorsiones son:

- Generalizar en exceso.
- Pensamiento absolutista y dicotómico.
- Magnificación y minimización.
- Inferencias.
- Personalización.

El terapeuta explora los factores cognitivos y emocionales que intervienen en la reacción del paciente, posteriormente terapeuta y paciente centran su atención en los momentos en que se inician la secuencia de sucesos presentes en las situaciones estresantes (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Una vez obtenida la información el siguiente paso es poner a prueba las predicciones del paciente con la realización de experimentos personales. Se identifican ideas del paciente, generando hipótesis de interpretación alternativas y se someten a prueba de realidad (Muñoz y Bermejo, 2001).

En todos los casos debe prepararse al paciente para el fracaso de alguno de los experimentos o para el fallo de alguna hipótesis. Al dar permiso para fracasar, se desactivan futuras emociones y pensamientos negativos ligados al fracaso (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

- Entrenamiento en solución de problemas (activar a la persona para la búsqueda de soluciones y alternativas flexibles).

Estas habilidades facilitarán el afrontamiento efectivo, tanto si los estresores son controlables y conocidos como o si no lo son, ya que habilitan al cliente para planificar e implementar su propio programa individualizado de manejo del estrés de cada momento (Muñoz y Bermejo, 2001).

Fases del proceso de solución de problemas (descritas en las páginas 155-157).

- Orientación hacia el problema.
- Definición y formulación del problema.
- Generación de soluciones alternativas.
- Toma de decisiones.
- Ejecución y verificación de la solución.

A lo largo de todo proceso de resolución del mismo, hay que posibilitar el uso por parte del paciente de las técnicas enseñadas para reducir o minimizar el efecto negativo de las emociones (relajación, reestructuración cognitiva, distracción, apoyo social, tomar un baño relajante, o escuchar música). Un nivel bajo o moderado de estrés emocional a menudo facilita la ejecución por que aumenta la alerta y la motivación (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

- Auto-instrucciones y planes de afrontamiento (controlar el autodiálogo y planificar la actuación).

En el contexto de los entrenamientos en inoculación de estrés (EIE), el entrenamiento en auto-instrucciones se realiza con el fin de fomentar una actitud de solución de problemas y facilitar la aparición de estrategias de afrontamiento específicas para cada fase de la situación estresante. Se pueden utilizar diferentes pensamientos en cada fase de la experiencia de estrés para reducir, evitar o usar constructivamente el estrés (Meichenbaum, 1988).

Muñoz y Bermejo (2001) consideran que el autodiálogo ayuda a:

- Evaluar las exigencias de una situación y planificar el afrontamiento de posibles riesgos futuros.
- Controlar pensamientos, imágenes y sentimientos negativos derrotistas y engendrados del estrés.
- Reconocer, utilizar y calificar de nuevo la actividad fisiológica experimentada.
- Afrontar las emociones disfuncionales que pudieran experimentarse.
- Analizar la propia conducta para hacer frente a situaciones estresantes.
- Reflexionar sobre la propia actuación y reforzarse por haber intentado el afrontamiento.

Una forma de presentar este tipo de enfrentamientos puede ser la de indagar acerca de lo que parece al paciente la idea de conversar consigo mismo. Una vez que el paciente comienza a entender y valorar las autoinstrucciones, terapeuta y paciente revisan detalladamente las secuencias de la experiencia de estrés de este último y buscan las mejores soluciones posibles para cada momento (Muñoz y Bermejo, 2001; Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Ruíz, Díaz, Villalobos y González (2012) mencionan que las autoinstrucciones deben tener las siguientes características:

- Deben adaptarse a la necesidad específica de la población.
- Redactadas con las propias palabras de los pacientes.
- Deben centrarse en el presente y el futuro inmediato (¿Qué tengo que hacer ahora?, ¿y a continuación?).
- Es útil que el paciente establezca un contrato consigo mismo y con el terapeuta sobre el uso de autoinstrucciones.
- Fomentar el pensamiento positivo y la confianza en uno mismo.

La elaboración de planes de afrontamiento ha sido una de las propuestas básicas sobre las que ha basado la inoculación de estrés, puesto que sirven para ayudar a los participantes en los entrenamientos en inoculación de estrés (EIE) a integrar todo lo aprendido hasta ahora y organizar la actuación en situaciones estresantes.

Las autoinstrucciones que la persona se da así misma dirigen su actividad durante la situación: ayudan a identificarla y definirla le preparan para afrontarla coordinan el afrontamiento y la puesta en marcha de las estrategias específicas de forma coordinada (relajación, distracción etc.) corrigen las posibles dificultades y fracasos, organizan los procesos motivacionales durante el afrontamiento y analizan la situación una vez superada (Muñoz y Bermejo, 2001; Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Los planes de afrontamiento siguen tres fases:

- Preparación
- Afrontamiento
- Análisis de consecuencias

El uso de planes de afrontamiento garantiza que las personas activen todos sus recursos durante las situaciones de estrés y por tanto, optimicen sus posibilidades de éxito en las mismas la puesta en marcha gradual de dichos planes ayuda al mejor aprendizaje de los mismos y posibilita su continuo acercamiento de las exigencias de la situación y a los recursos del paciente (Muñoz y Bermejo, 2001).

El principal objetivo de esta fase es el de estimular a los pacientes para que pongan en práctica las respuestas de afrontamiento en la vida diaria y acrecienten las oportunidades de cambio. Es imprescindible dar la oportunidad al paciente de practicar y coger confianza en los propios recursos antes de enviarle a situaciones reales (Meichenbaum, 1988).

Resaltar la necesidad de llevar a cabo la planificación de sesiones de seguimiento y evaluación de eficacia que permita identificar los aciertos y errores del entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) que termina para poder optimizarlos y solventarlos en el futuro.

Aplicación de habilidades de afrontamiento.

El paso de la segunda a tercera fase es gradual e inmediato. Una vez que estamos seguros de la habilidad del paciente para diseñar sus propios planes de afrontamiento y poner en marcha todas las estrategias, se pasa sin preámbulos a la aplicación (Muñoz y Bermejo, 2001).

Utilizar la imaginación, distracción, metáforas y ensayo imaginado; al utilizar la imaginación para distraernos durante la vivencia de una situación difícil de la que no podemos escapar de otra forma.

El entrenamiento en técnicas de distracción es una estrategia paliativa que combinada con las técnicas de desactivación ha sido empleada con éxito en situaciones estresantes de las que la persona no puede escapar, tiene una duración muy limitada e implican su pasividad (Caro, 2007).

En este tipo de entrenamientos se enseña a los pacientes a utilizar la imaginación y la atención selectiva para dirigir su atención a estímulos externos o internos que pueden distraerle o modificar la percepción de los estímulos propios de la situación, generalmente dolorosos o incómodos.

En el ensayo imaginado se le pide dar la misma estructura que una desensibilización sistemática: una jerarquía de escenas estresantes. La eficacia de la jerarquía depende en gran medida de las situaciones utilizadas. Los ejemplos obtenidos en la fase de conceptualización pueden resultar muy útiles como fuente de situaciones realistas y creíbles para la persona. El objetivo no es desensibilizar o exponer a ningún estímulo, sino dar la oportunidad de practicar el plan de afrontamiento de forma cómoda y segura (Meichenbaum, 1988).

El terapeuta ayuda a visualizar la escena más clara y vívidamente posible, con los detalles y experiencias sensoriales que el paciente tendría si realmente estuviese allí. El terapeuta hablará lentamente, dejando unos segundos entre fases para que el paciente visualice por sí mismo los componentes de la escena que se vaya describiendo. En la presentación de la escena hay que subrayar las señales de baja intensidad que indican al paciente el inicio de la situación problemática o de la reacción estresante (Meichenbaum, 1988; Muñoz y Bermejo, 2001).

Cuando el paciente comienza a sentir las primeras señales de estrés, se introduce la imaginación del plan de afrontamiento que ya se había preparado y se continúa hasta el final de la situación. Se estimula al paciente para que utilice cualquier imagen, autoinstruccional o habilidad personal que facilite el afrontamiento (Muñoz y Bermejo, 2001).

- Ensayos en vivo graduados.

Finalmente se llega a uno de los momentos clave aquel en el que los pacientes van a poner en marcha sus nuevas estrategias en situaciones reales. Esta tarea debe abordarse de forma gradual para poder ir adaptando los planes a la realidad. La exposición graduada ofrece a los pacientes que debe tomar como evidencia que posibilite reestructurar su visión del mundo, de sí mismo y de la vida en general (Meichenbaum, 1988; Muñoz y Bermejo, 2001).

Muñoz y Bermejo (2011) indican las características de los ensayos en vivo:

- Similitud de las sesiones de entrenamiento previas a las de la vida real.
- Asignación de las tareas de ensayo de habilidades de acuerdo a las siguientes características:
 - Ensayos en situaciones reales de la vida del paciente.
 - Buscar situaciones concretas, observables y de resultados fácilmente medibles.
- Ordenadas en orden de dificultad creciente.
- Especificar que se debe hacer y cuantas veces debe hacerse.
- Realistas y pertinentes.
- En la medida de lo posible, sugeridas por el paciente o grupo.
- Comprobar la comprensión por parte de los clientes de la tarea a realizar.
- Prever y considerar los posibles obstáculos y dificultades.
- Definirlos como experimentos personales.
- Revisar los resultados:
 - Asegurarse de que el paciente se autoatribuye éxitos.
 - Explorar posibles fracasos.
- Intentar que el paciente pueda participar en el entrenamiento de otros pacientes.

Una vez que se ha seleccionado la técnica, el terapeuta deberá tomar en cuenta si el paciente tiene dificultades para poner en marcha la tarea, tendrá que examinar los motivos: malentendidos, fallos de memoria, entorno que le apoya, exigencias excesivas, miedo al fracaso y resistencia, una vez

hecho esto se pasa a la aplicación y seguimiento es decir, la tercera fase del entrenamiento (Meichenbaum, 1988).

3.4.4 Efectividad del Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE).

De acuerdo al protocolo de aplicación del entrenamiento en inoculación del estrés (EIE) de Muñoz y Bermejo (2001) basados en el modelo de Meichenbaum (1977) se debe seguir el siguiente procedimiento para evaluar el tratamiento y realizar el seguimiento:

- *Evaluación inmediata postratamiento;* generalmente unida a la propia aplicación de técnicas, se evalúan los efectos próximos (ceranos) de las mismas. El objetivo es asegurarse de que el paciente conoce y pone en marcha las habilidades recientemente entrenadas.
- *La evaluación de seguimiento;* nos referimos a la evaluación que se realiza una vez finalizado el tratamiento y recoge los efectos próximos y distales (alejados, secundarios, de generalización) del mismo. Puede incluir los mismos aspectos que la evaluación postratamiento, pero ya debe incluir algún elemento de valoración de los cambios ocurridos en los dominios principales propios de la evaluación de la efectividad de los tratamientos en salud mental.
- *Planificación;* Es muy conveniente planificar desde el principio estas últimas sesiones de seguimiento y evaluación en las que pueden comentarse personalmente estos aspectos y pueden pasarse las pruebas necesarias. Estas evaluaciones serán sistemáticas en forma de breves conversaciones telefónicas con el paciente.
- *Comparación;* Contrastar con el propio paciente su cambio y todo lo que ha aprendido y desarrollado durante este tiempo ayudará a aumentar su sensación de autoeficacia y competencia. La única valoración de la efectividad que se tenga en la mayoría de los casos sea la que uno mismo realice o pueda haber realizado en situaciones similares anteriores. De esta forma, la evaluación de la efectividad es muy probablemente, el mecanismo más potente de mejora profesional del terapeuta de entrenamiento en inoculación de estrés (EIE).

La formulación de Meichenbaum (1977) se ha centrado en la aplicación de tratamientos psicológicos al estrés y a los problemas asociados al estrés, que constituye una de las principales consecuencias de nuestro sistema social. En la actualidad, el entrenamiento en inoculación de estrés

(EIE) es una terapia para abordar diversos problemas relacionados con el estrés, incluyendo tanto técnicas cognitivas y conductuales (Muñoz y Bermejo, 2001).

3.4.5 Consideraciones finales.

Una consecuencia de la evolución que han tenido muchas terapias cognitivo-conductuales tenía que ser el integrar distintos modelos y sistemas de terapia incluyendo o partiendo de las terapias cognitivo- conductuales. Las terapias cognitivo-conductuales, y los desarrollos técnicos asociados con ellos, constituyen uno de los aspectos más relevantes de la psicología clínica de los últimos años, reflejando en desarrollos teóricos, investigación y aparición de nuevas técnicas de tratamiento (Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

Las terapias de afrontamiento y solución de problemas constituyen actualmente alguno de los tratamientos cognitivos-conductuales con apoyo empírico de mayor utilidad y amplitud de aplicación. Entre sus características, probablemente la estandarización y flexibilidad, son los aspectos que más pueden haber contribuido a su diseminación, tanto a lo largo del tiempo y como de las diferentes áreas de intervención (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

La sistematización ha contribuido a su adaptación y permanencia en el tiempo, pues ha proporcionado una estructura de práctica clínica clara y fácilmente observable, que ha permitido el diseño e implementación de numerosas intervenciones e investigaciones, que a su vez han sido fácilmente aplicables (Cano, 2002).

Los tres programas de intervención que consideramos en este capítulo: terapia cognitiva de Beck, terapia de solución de problemas y entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) de Meichenbaum contemplan una estructura que guía el proceso y el procedimiento de intervención, permitiendo a su vez una flexibilidad en las aplicaciones que contribuye a su adaptabilidad y permite su aplicación en casi cualquier problema o grupo de individuos o situación, su versatilidad y utilidad convierten a estas intervenciones en elementos casi imprescindibles del diseño de programas de intervención cognitivo-conductual en la actualidad (Caro, 2007; Ruíz, Díaz, Villalobos y González 2012).

El uso de la terapia cognitivo-conductual se ha diversificado a muchas problemáticas, puesto que cubre diversos objetivos como recoger información relevante sobre la problemática del usuario, establecer un buen rapport, explicar el tratamiento y generar expectativas de cambio. Posterior a esto se seleccionan los problemas más urgentes y accesibles clasificando las metas que han de ser específicas y realistas, factibles y que se lleven a cabo en un tiempo limitado, proponer actividades entre sesiones que garanticen experiencias de éxito inmediatas y recabar información sobre la opinión del paciente y su reacción ante la primera sesión (Padilla, 2002).

Mostrar al paciente la relación entre sus emociones negativas y sus pensamientos seleccionando algún tipo de problema ante el que se presenten uno o varios síntomas objetivos ya sea de tipo motivacional, fisiológico o conductual, será entonces cuando el terapeuta y paciente perfilarán estrategias concretas para manejar con éxito durante la sesión y fuera de ellas como tareas en casa (Muñoz y Bermejo, 2001).

Lo mencionado anteriormente nos ha servido como marco de referencia para seleccionar a la terapia cognitivo conductual como fundamento teórico y práctico para la elaboración del Manual De Procedimientos Técnicos y abordar las problemáticas más frecuentes en el *Call Center* UNAM, como: *angustia, ansiedad, baja autoestima, celos, codependencia, depresión, duelo estrés e infidelidad.*

SEGUNDA PARTE. OPERACIÓN DEL PROGRAMA CALL CENTER UNAM.

1. Antecedentes.

A partir del exitoso resultado del *Call Center Virtual* que ante la emergencia sanitaria planteada por la influenza AH1N1 en México en el año 2009, ofreció a la población un medio para externar y resolver dudas en cuanto a las medidas sanitarias que se debían seguir; así como proporcionar primeros auxilios psicológicos ante padecimientos como ansiedad, estrés postraumático o depresión. Sin interferir con las medidas sanitarias establecidas por las autoridades de salud, a través de una línea 01 800 en la que psicólogos voluntarios del *Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos de la Facultad de Psicología UNAM*, capacitados en proporcionar primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis proporcionaron consultas telefónicas ante la contingencia.

Debido a ello se planteó la posibilidad de abrir un servicio que ofreciera primeros auxilios psicológicos y terapia breve vía telefónica; atendiendo a individuos ante situaciones críticas o canalizarlos con recursos sociales de ayuda según fuera el caso, utilizando modelos sistemáticos de intervención con el fin de fomentar el bienestar psicológico de los mismos.

Además de apoyar la formación y fortalecimiento de competencias necesarias de los terapeutas telefónicos mediante la capacitación continua, a través de cursos y talleres formativos en el área de intervención en crisis suministrados por expertos en diferentes ámbitos de la psicología, con el fin de formar recursos humanos para la atención de usuarios.

El *Call Center UNAM* adscrito a la *Coordinación de los Centros de Servicios de la Comunidad Universitaria y al Sector Social*, surge operativamente en Abril del año 2012, gracias al apoyo proporcionado por la *Dirección General de Orientación y Servicios Educativos de la UNAM* y al financiamiento y asesoría del *Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE)* a través del programa “Joven-es Servicio” que convocó a las instituciones de Educación Superior de todo el país públicas y privadas para presentar proyectos que promovieran la construcción del tejido social con el propósito de reducir problemas sociales en sus comunidades.

Gracias a ello se puso en funcionamiento dicho servicio coordinado por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez, cuya población blanco era inicialmente la comunidad universitaria y población juvenil en general, sin embargo debido al alto índice de llamadas recibidas se abrió el servicio al público, mediante un número telefónico gratuito (56-22-22-88) dicho número telefónico actualmente cuenta con 6 líneas disponibles de lunes a viernes en un horario de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en días hábiles de acuerdo al calendario escolar estipulado por la Dirección General de Administración Escolar UNAM.

2. Organigrama.

Para ofrecer un servicio de calidad, los integrantes del programa cuentan con diferentes funciones que favorecen la operatividad del *Call Center UNAM*. La figura 2., ilustra la organización del programa en términos del personal que labora en él:

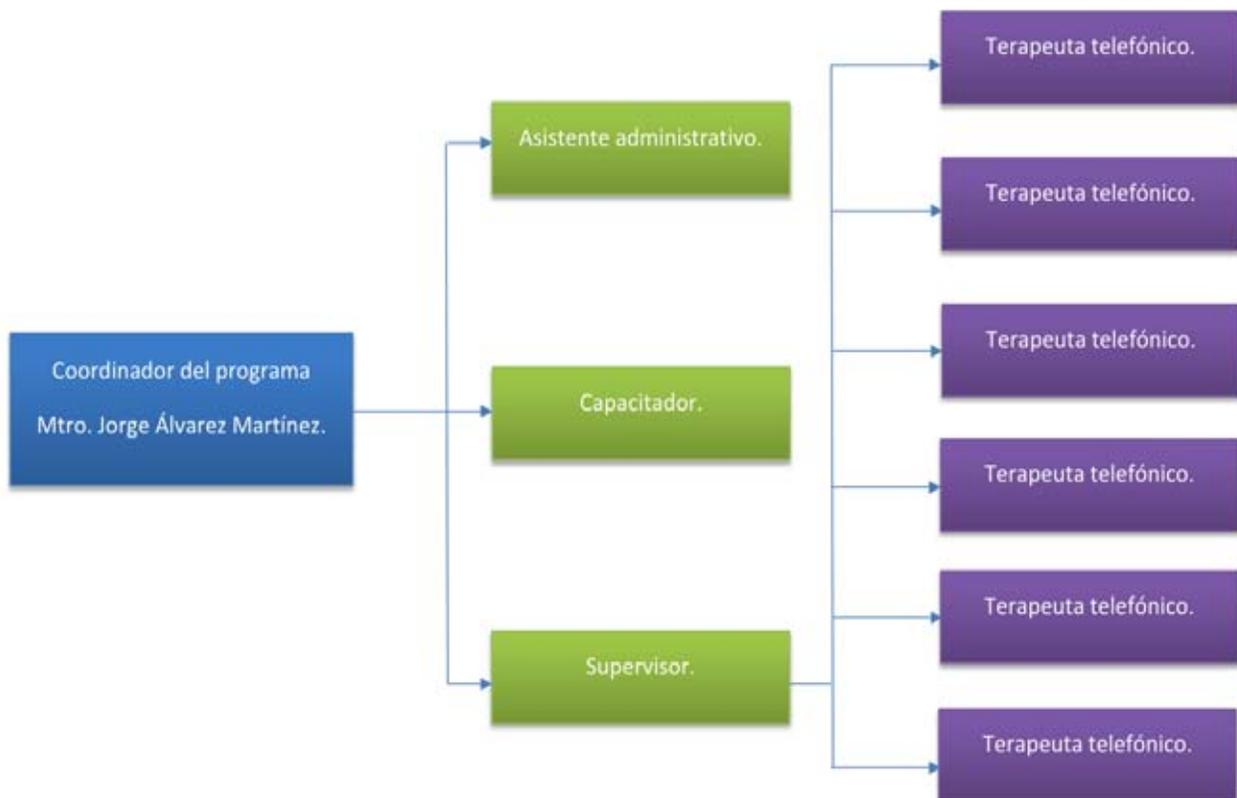


Figura 1. Distribución organizacional del *Call Center UNAM*.

3. Misión.

El *Call Center* UNAM como parte del programa de *Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos*, busca proporcionar primeros auxilios psicológicos y terapia breve vía telefónica brindando respuesta inmediata, ofreciendo apoyo emocional en el caso de llamadas de intervención ante situaciones como: problemas de pareja, problemas familiares, ansiedad, adicciones y depresión entre otros, aplicando y desarrollando modelos de intervención de probada eficiencia. Así como canalizar al usuario con los recursos sociales de ayuda, esto con la finalidad de fortalecer las redes sociales de apoyo.

Como varios expertos en salud pública señalan, en México existe un clima generalizado de ansiedad, miedo, violencia, desempleo y desmotivación, lo que hace indispensable la promoción de la salud mental. Según datos del informe sobre el sistema de salud mental en México del año 2011, del total del presupuesto gubernamental asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos; dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas (Berenzon, Saavedra, Medina, Aparicio, y Morris, 2011).

El eje de la atención de la salud mental es el tercer nivel, ejemplo de ello es que existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales. Asimismo el acceso se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas o bien la falta de recursos económicos impide que puedan acudir a un servicio de terapia presencial.

Por lo anterior, el objetivo principal del *Call Center* UNAM es cuidar de la estabilidad emocional de los individuos ya sea de forma preventiva al orientar e informar de los servicios que se proporcionan y que están a su disposición si así lo requiere o bien dar asistencia ante situaciones de crisis, esto con el propósito de que el usuario pueda desarrollar capacidades y habilidades para enfrentarse a ella, con un servicio de apoyo psicológico vía telefónica eficiente y accesible que satisfaga la demanda de la población que se atiende, en su mayoría hombres y mujeres de entre 24 y 30 años de edad residentes del área metropolitana, quienes no cuentan con recursos económicos o no disponen del tiempo suficiente para asistir a terapia presencial y optan por un servicio de apoyo

psicológico vía telefónica, con el firme propósito de mejorar su calidad de vida.

4. Visión.

Posicionarse como una institución de apoyo psicológico reconocida por su eficiencia, capacidad de respuesta y profesionalismo, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del usuario que carente de servicios de salud mental a su alcance recurre al *Call Center* UNAM en busca de un servicio de calidad y de fácil acceso para el enfrentamiento de conflictos de índole emocional.

Establecer vínculos con otras instituciones específicamente con la *Red Nacional de líneas telefónicas de atención a personas en situación de violencia de género (RENAVTEL)*, con el fin de promover el programa. Así como Impulsar la certificación del personal que atiende las líneas telefónicas a través del estándar de competencia laboral EC0029.

Promover el servicio primero en los nueve planteles de la Escuela Nacional Preparatoria, los cinco Colegios de Ciencias y Humanidades, así como escuelas y Facultades periféricas del circuito de Ciudad Universitaria, que cuentan con problemáticas como: embarazo no deseado, adicciones, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, motivada por problemas extraescolares como violencia en el noviazgo etc. En consecuencia extender esta promoción de servicios a escuelas con bachillerato tecnológico, universidades públicas y privadas de la zona conurbada.

5. Servicios y horarios de atención.

Los servicios que ofrece el *Call Center* UNAM a través de las llamadas recibidas son:

- Información; en donde se da al usuario información acerca del programa (teléfonos, horarios de atención y acceso al servicio).
- Intervención; en la cuales se proporcionan al usuario primeros auxilios psicológicos (atención psicológica inmediata en el momento de una crisis para el restablecimiento emocional del usuario) o terapia breve (atención psicológica en no más de 6 sesiones, para el manejo de una crisis o conflicto emocional) si así lo requiere.
- Canalización; contempla dar alternativas de apoyo psicológico en otras instituciones adscritas en el directorio del *Call Center* UNAM, que sean apropiados para el caso que expone el usuario.

6. Recursos humanos.

Para la apertura del *Call Center* UNAM, la búsqueda de candidatos para laborar como terapeuta telefónico se dio a través de la coordinación del programa, mediante la difusión en medios impresos como carteles y volantes dentro de la Facultad de Psicología UNAM además de recomendaciones del programa, como una forma viable de realizar servicio social y prácticas profesionales.

Se plantea al posible colaborador una descripción del puesto, que incluye los objetivos y actividades a desempeñar a fin de que el candidato decida si le interesa formar parte del programa, cumpliendo con las tareas que requiere ser prestador de servicio en el *Call Center UNAM*, lo cual incluye: asistir a supervisiones, capacitaciones, llevar a cabo el registro de llamadas para la realización de estadísticas durante cada mes y sobre todo contar con disponibilidad para prepararse en el manejo información necesaria para realizar el procedimiento para cada tipo de llamada que se recibe.

Tabla 10. Descripción general del puesto de terapeuta telefónico del *Call Center* UNAM.

Objetivos específicos	Funciones y actividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Dar respuesta a cualquier tipo de llamada entrante, en especial aquellas que solicitan servicios de intervención en crisis en su modalidad de primeros auxilios psicológicos y terapia breve.▪ Proporcionar información a los usuarios acerca de los recursos de canalización con los que cuenta el programa, con el propósito de atenderlos oportunamente.	<ul style="list-style-type: none">▪ Recepción de llamadas (información, intervención y canalización).▪ Mantenerse actualizado con información relacionada al manual de procedimientos y directorio de canalización.▪ Elaboración de informes semanales y mensuales de las llamadas atendidas.▪ Actualización de registros de llamadas en base de datos.▪ Participación en actos de difusión del programa.▪ Asistencia a capacitaciones (cursos, talleres y sesiones de retroalimentación).

La selección de candidatos para laborar en el programa se da a partir de una entrevista preliminar a cargo del coordinador del programa, en donde se evalúan competencias mínimas en cuanto a comunicación (proporcionar información a los clientes de modo adecuado para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios), condiciones de trabajo y áreas de conocimiento deseables (ver tabla 11).

Tabla 11. Perfil del puesto para terapeuta telefónico del *Call Center* UNAM.

Competencias básicas requeridas	Condiciones de trabajo	Escolaridad y áreas de conocimiento.
<p>Comunicación: proporcionar información a los usuarios de forma adecuada para cubrir sus necesidades y expectativas.</p>	<p>Horarios:</p>	<p>Estudiantes de la carrera de psicología.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar retroalimentación a los usuarios. ▪ Elaboración de informes orales y escritos. 	<p>Se asignan principalmente de tal modo que el terapeuta telefónico (prestador de servicio) cubra un total de 80 horas mensuales. Y al término de su servicio social obtenga un total de 480 horas.</p>	<p>Con formación deseable en el área clínica.</p>
<p>Definición de metas: interactuar con los usuarios para definir las metas del servicio a realizar.</p>	<p>Situaciones de estrés:</p>	<p>Se considera además la operatividad del <i>Call Center</i> UNAM, ya que este debe de contar con un terapeuta por c/u de los 6 módulos disponibles, además de un supervisor en turno.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saber analizar necesidades y demandas de los usuarios en diferentes contextos. ▪ Establecer las metas de la intervención en diferentes contextos, proponiendo y negociando las metas con los usuarios. 	<p>De tal forma en que no haya más de 8 personas en el lugar de trabajo.</p>	<p>Los operadores telefónicos están expuestos a una tensión de tipo psíquico, al recibir llamadas de broma, de usuarios drogados o alcoholizados o recurrentes.</p>
<p>Intervención: prevención, tratamiento y rehabilitación.</p>	<p>Grado de riesgo y periodos especiales de trabajo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir los objetivos de la intervención. ▪ Aplicar métodos de intervención directos sobre los usuarios: consejo psicológico, terapia, negociación, mediación.
	<p>Esta tensión puede generar en los terapeutas fuertes efectos en su vida cotidiana como contratransferencias o somatización en algunos casos.</p>	<p>Los periodos especiales de trabajo pueden darse cuando se difunde el servicio en medios de comunicación masivos, lo cual influye en el incremento de llamadas, haciendo necesario que el terapeuta telefónico cubra horas en el servicio como voluntario.</p>

7. Administración.

Es función del asistente administrativo mantener el directorio de canalización actualizado constantemente, encargarse de la difusión del servicio en medios impresos y electrónicos; así como coordinar los horarios que cubrirá cada terapeuta telefónico durante su estancia como prestador de servicio social.

7.1 Capacitación.

Al evaluar el desempeño de los terapeutas telefónicos mediante la revisión de los registros de llamadas, nos dimos cuenta de que la calidad del servicio del *Call Center* UNAM depende fundamentalmente de las habilidades que posea el terapeuta telefónico (prestador de servicio) para atender las llamadas entrantes.

Es por ello que la capacitación del personal es uno de los procesos más importantes ya que a través de ésta el prestador de servicio puede practicar sus habilidades y recibir retroalimentación positiva en los aspectos a mejorar.

Esta capacitación está principalmente a cargo del coordinador del programa quien como experto en intervención en crisis proporciona a los terapeutas telefónicos cursos y talleres formativos en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos.

Además de la colaboración de otros capacitadores que cumplen con funciones como:

- Capacitación del personal.
- Asesoramiento a los terapeutas telefónicos para que realicen un trabajo de calidad.
- Promover el llenado completo de los registros de llamada.
- Desarrollar y reforzar en los terapeutas telefónicos la capacidad de autocrítica y la autoexploración de su desempeño profesional.
- Detección de fortalezas y/o debilidades de los terapeutas telefónicos, con el fin de encontrar soluciones que permitan mejorar su desempeño profesional.

Se cuenta además con la colaboración de especialistas en diferentes temáticas por ejemplo: violencia de género, adicciones, depresión, estrés etc. y la colaboración de expertos que imparten los

talleres y cursos correspondientes a primeros auxilios psicológicos y terapia breve.

A pesar de ello, no todos los profesionales logran desarrollar las habilidades necesarias para impartir estrategias de intervención en crisis de primera instancia o primeros auxilios psicológicos y terapia breve.

Por tanto consideramos que a través de un programa de capacitación intensiva y continua, los prestadores de servicio puedan desarrollar las habilidades que necesitan para dar intervención en crisis. Aun cuando la capacitación se ha impartido desde la apertura del servicio no se contemplaba una evaluación sistemática que arrojará indicadores del desempeño del terapeuta telefónico.

Se sugiere entonces que la evaluación de los terapeutas telefónicos sea constante y esté a cargo de los supervisores, dando a conocer al coordinador quienes son los terapeutas telefónicos que solo pueden atender llamadas de primeros auxilios psicológicos y quienes pueden hacerse cargo de ambos tipos de llamadas (primeros auxilios psicológicos y terapia breve), esperando que quienes tengan una evaluación deficiente cuenten a través de su estancia de servicio social con horas de capacitación adicionales, esto siempre con la finalidad de dar un servicio de calidad al usuario y contribuir en la formación profesional de los terapeutas mediante las evaluaciones, para ello sugerimos un formato de evaluación que cubre aspectos y habilidades necesarias para la atención de usuarios vía telefónica (ver anexo 6).

7.2 Supervisión.

La supervisión está a cargo de distintos voluntarios profesionales que han tenido experiencia en el apoyo psicológico por teléfono. La función que desempeñan consiste en la retroalimentación y actualización de los orientadores de la línea telefónica con el fin de monitorear y mejorar la calidad del servicio. Semanalmente y de manera grupal se supervisan ambos turnos (matutino y vespertino); en cada sesión los operadores tienen derecho a exponer uno o varios casos y sus compañeros junto con el supervisor en turno realizan críticas constructivas respecto al desempeño del operador.

Las funciones del supervisor son las siguientes:

- Supervisar el llenado completo y correcto de los formularios de llamada.
- Verificar la correcta captura en base de datos en formato SPSS.
- Turnar los formularios al responsable de registros de llamada para su revisión.
- Detectar las necesidades de los terapeutas y resolverlas en forma grupal.
- Recabar información que favorezca la evaluación y el seguimiento de los procesos personalizados de formación profesional.
- Monitorear llamadas “difíciles” cuando el terapeuta no se sienta apto para dar continuidad.
- Brindar estrategias de solución e información oportuna para el seguimiento de casos.

8. Infraestructura y operación.

La infraestructura es decir, el espacio físico, mobiliario, equipo de cómputo, además de los propios servicios que ofrece la institución (información, intervención y canalización), constituyen factores clave para un funcionamiento eficaz de la línea telefónica.

A continuación se menciona una lista de recursos con los que cuenta el *Call Center* UNAM:

- Espacio cómodo que permite el libre movimiento y acceso al cubículo de trabajo.
- Cubículos separados del área administrativa del Programa Intervención en Crisis.
- Base de datos digital que permite resguardar la información confidencial que se obtiene diariamente de los usuarios.
- Capacitación del personal en espacios adecuados.

El espacio destinado a la atención telefónica está distribuido de tal manera que se garantiza la individualización de cada proceso en curso.

Algunos de elementos implementados son los siguientes:

- El funcionamiento de la línea telefónica, del equipo de cómputo y sistema de captura está garantizado para los días hábiles de acuerdo al calendario escolar establecido por la Dirección General de Administración Escolar UNAM.
- Por turno se supervisa que cada cubículo cuente con los formatos de registro y el directorio de canalización actualizado.
- Las 6 líneas se encuentran habilitadas durante los horarios de servicio.



Figura 2. Expertos en línea.
Fuente: Gaceta UNAM, (2012).

Tener a disposición la máxima cobertura tecnológica resulta fundamental para la adecuada instrumentación de los procesos de atención, de acuerdo con las posibilidades de adquisición y mantenimiento del equipo. Entre los insumos tecnológicos utilizados se encuentran:

- *Uso de internet:* el acceso permanente a internet para los operadores les otorga la ventaja de obtener información de distinta índole de manera rápida y efectiva.
- *Sistema de captura de datos:* Se dispone de un software para la captura de datos que permite obtener la información requerida, así como establecer criterios de eficiencia y obtener información relevante para la mejora del servicio.
- *El directorio de canalización:* es una herramienta imprescindible para la realización del servicio, por lo que debe actualizarse constantemente.

La institución ha sido capaz de difundir los servicios que ofrece, en un principio en jornadas informativas en distintas facultades de la UNAM, posteriormente en medios impresos como Gaceta UNAM, carteles, trípticos, artículos en periódicos, radio, Tv, redes sociales (Twitter & Facebook) vía internet y a través de la página de la Facultad de Psicología UNAM lo que ha contribuido significativamente al incremento de llamadas recibidas.

9. Acopio de información.

Es recomendable que el personal de la línea telefónica tenga herramientas que le permitan utilizar la información que se recabe de los usuarios, como la elaboración de informes semanales, mensuales y anuales que pueden ayudar a organizar la información obtenida.

Los informes deben cumplir con las siguientes especificaciones:

- Número semanal de llamadas recibidas y atendidas por el terapeuta telefónico, utilizando el formato electrónico específico (ver anexo 7).
- Entrega de formatos de registro de llamadas (fichas de identificación del usuario, evaluación, canalización y seguimiento) todo esto impreso y en versión electrónica.

Ya que el acopio y reporte de la información es imprescindible para el control de información de llamadas entrantes y como herramienta de control de seguimiento de usuarios para el terapeuta telefónico, es tarea del *“supervisor”* recabar los informes semanales de cada terapeuta telefónico para mantener actualizada la base de datos de los registros de llamadas del programa, para elaborar la estadística mensual que incluya variables para la construcción de indicadores, e informar si existen registros faltantes.

Como parte fundamental para la adecuada capacitación de los terapeutas telefónicos en lo concerniente a la intervención psicológica vía telefónica se muestra a continuación el Manual de procedimientos técnicos que constituye una herramienta didáctica y accesible que aporta conocimientos básicos para la atención a usuarios del servicio que proporciona el *Call Center UNAM*.

Manual de procedimientos técnicos.



Call Center

UNAM

Contenido

	Página
Objetivo.....	85
Introducción	86
Simbología.....	88
Guía de atención para usuarios que llaman por primera vez al Call Center UNAM.....	90
Guía de atención para llamadas de primeros auxilios psicológicos	91
Guía de atención para llamadas de terapia breve.....	92
Guía de atención para llamadas de canalización.....	94
Guía de atención para llamadas de usuarios recurrentes 1	95
Guía de atención para llamadas de usuarios recurrentes 2	96
Guía de atención para llamadas de broma	97
Guía de atención para llamadas de usuarios drogados o alcoholizados	98
Llamadas recibidas en el <i>Call Center</i> UNAM	
Primera llamada.....	99
Llamada de primeros auxilios psicológicos	100
Fase 1. Evaluación del usuario	100
Fase 2. Elección de la técnica para el restablecimiento emocional del usuario	102
Fase 3. Estimular el funcionamiento del usuario	103
Fase 4. Cierre.....	103
Llamada de terapia breve.....	104
Fase 1. identificación	104
Fase 2. Evaluación.....	104
Fase 3. Eje de tratamiento.....	105

Fase 4. Encuadre.....	106
Fase 5. Seguimiento.....	107
Fase 6. Cierre.....	107
Llamada de Canalización	108
Llamada de usuarios recurrentes	108
Llamadas de broma.....	109
Llamadas de usuarios drogados o alcoholizados.....	109
Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en la atención de usuarios del Call Center UNAM.....	110
Ansiedad	
I. Programación de quejas (“tiempo basura”)	111
II. Relajación progresiva	113
III. Relajación muscular	116
IV. Imágenes profundizadoras del estado de relajación.....	118
V. Imágenes profundizadoras del estado de relajación.....	120
VI. Imágenes profundizadoras del estado de relajación.....	121
Baja autoestima	
I. Auto-supervisión.....	122
II. Programación de actividades.....	123
III. Diario de actividades.....	125
IV. Merecimiento positivo hacia uno mismo	126
V. El árbol de mi autoestima	127
VI. Cartas.....	128
VII. Visualización para la autoestima	129

Celos

I. Detención del pensamiento	132
II. Cambio cognitivo	134
III. Exposición y prevención de respuestas	136
IV. Distracción	139
V. Exposición a la obsesión.....	140
VI. Exposición a los disparadores.....	142
VII. Identificación de pensamientos automáticos	144

Codependencia

I. Convencimiento	147
II. Auto-prohibición.....	150
III. Solución de problemas	155
IV. ¿Cómo dejar de ser codependiente?.....	158
V. Hablar frente al espejo.....	163

Depresión

I. Programa semanal de actividades.....	165
II. Plan diario de actividades.....	168
III. Detención de pensamientos	170

Duelo

I. Relajación y expresión de emociones.....	172
II. La fotografía	175
III. La silla vacía.....	177
IV. Retome su vida y siéntase mejor	179

Estrés y angustia

I. Control de la respiración	182
II. Modificación de pensamientos disfuncionales	185
III. Modificación cognitiva	187
IV. Respiración profunda.....	188
V. Pensamientos de afrontamiento del estrés.....	190
VI. Relajación muscular	194

Infidelidad

I. Control de enojo	197
II. Manejando la ira.....	199
III. Bostezo.....	201
IV. Identificación de pensamientos automáticos	204

Objetivo

Este manual establece los parámetros de atención vía telefónica a usuarios del *Call Center* UNAM, está estructurado para ofrecer respuestas a las preguntas que se hace el terapeuta telefónico sobre como proporcionar intervención a usuarios que demandan el servicio.

Ofrece una orientación al personal para planificar y organizar las intervenciones con el fin satisfacer las necesidades del usuario, este manual se emplea como instrumento práctico que abarca las funciones de operativas y una variedad de técnicas cognitivo conductuales que cumplen con objetivos terapéuticos específicos a los que se adecuan las técnicas permitiendo proporcionar al usuario un estilo de afrontamiento cognitivo, emocional y conductual que redunden en una mejor calidad de vida. Estas se presentan seccionadas por problemáticas con mayor índice de recurrencia en el *Call Center* UNAM para facilitar su lectura.

Contiene recomendaciones que se adaptan ante las problemáticas presentadas en las llamadas recibidas, da respuesta a cuestiones básicas en la intervención psicológica vía telefónica en formatos fáciles de utilizar.

Está dirigido a los terapeutas telefónicos que brindan atención psicológica vía telefónica en el *Call Center* UNAM, pero también a toda aquella persona que desee capacitarse para manejar adecuadamente una llamada de atención psicológica vía telefónica.

Introducción

Como proceso de solución la intervención en crisis está orientada al restablecimiento emocional del individuo cuando sus recursos propios son ineficaces para afrontar determinadas situaciones. La intervención en crisis se vale de los primeros auxilios psicológicos y la terapia breve dado que son modelos que cuentan con pautas para brindar ayuda a los individuos para un enfrentamiento efectivo ante un evento crítico.

En vista de lo anterior en el presente trabajo se recurrió a estos componentes como base teórica para desarrollar el “Manual de procedimientos técnicos” utilizado en el *Call Center* UNAM el cual contiene lineamientos generales y guías en forma de diagramas que muestran los pasos a seguir para atender cada tipo de llamada en un lenguaje simple y directo. Para hacer comprensibles las guías a los terapeutas telefónicos, se describen en la página 88 los símbolos que se utilizan para representar los procesos de cada una de ellas. El manual cuenta con los procedimientos detallados utilizados para cada tipo de llamada recibida (información, canalización, primeros auxilios psicológicos, seguimiento y terapia breve), siendo la última la de mayor recurrencia en el servicio como muestra la figura 1.

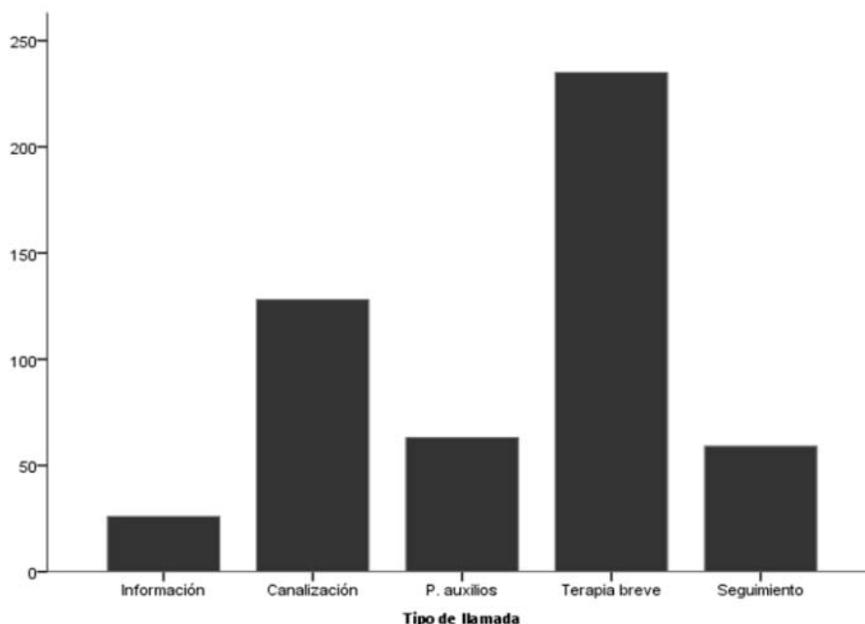


Figura 1. Clasificación y frecuencia de los tipos de llamada recibidas en el Call Center UNAM.

Fuente: Call Center UNAM 2013.

Por otro lado se sugieren técnicas terapéuticas para la atención a usuarios enfocadas a las problemáticas más recurrentes como se muestra en la figura 2. No obstante para propósitos de este manual se seleccionaron las de mayor índice de frecuencia: ansiedad, codependencia, baja autoestima, infidelidad, celos, depresión, estrés y angustia. La implementación del manual en el servicio telefónico del *Call Center* UNAM ha contribuido a ofrecer un servicio profesional y sistemático para la atención a usuarios.

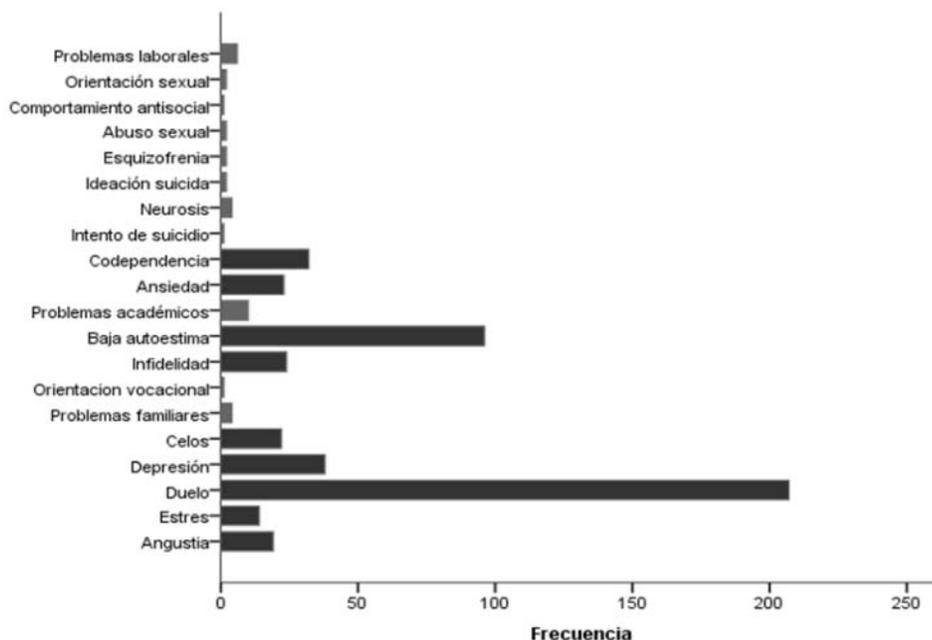
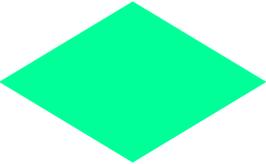


Figura 2. Índice de motivos de llamada con mayor frecuencia en el Call Center UNAM.

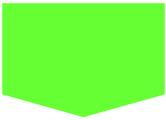
Fuente: Call Center UNAM 2013.

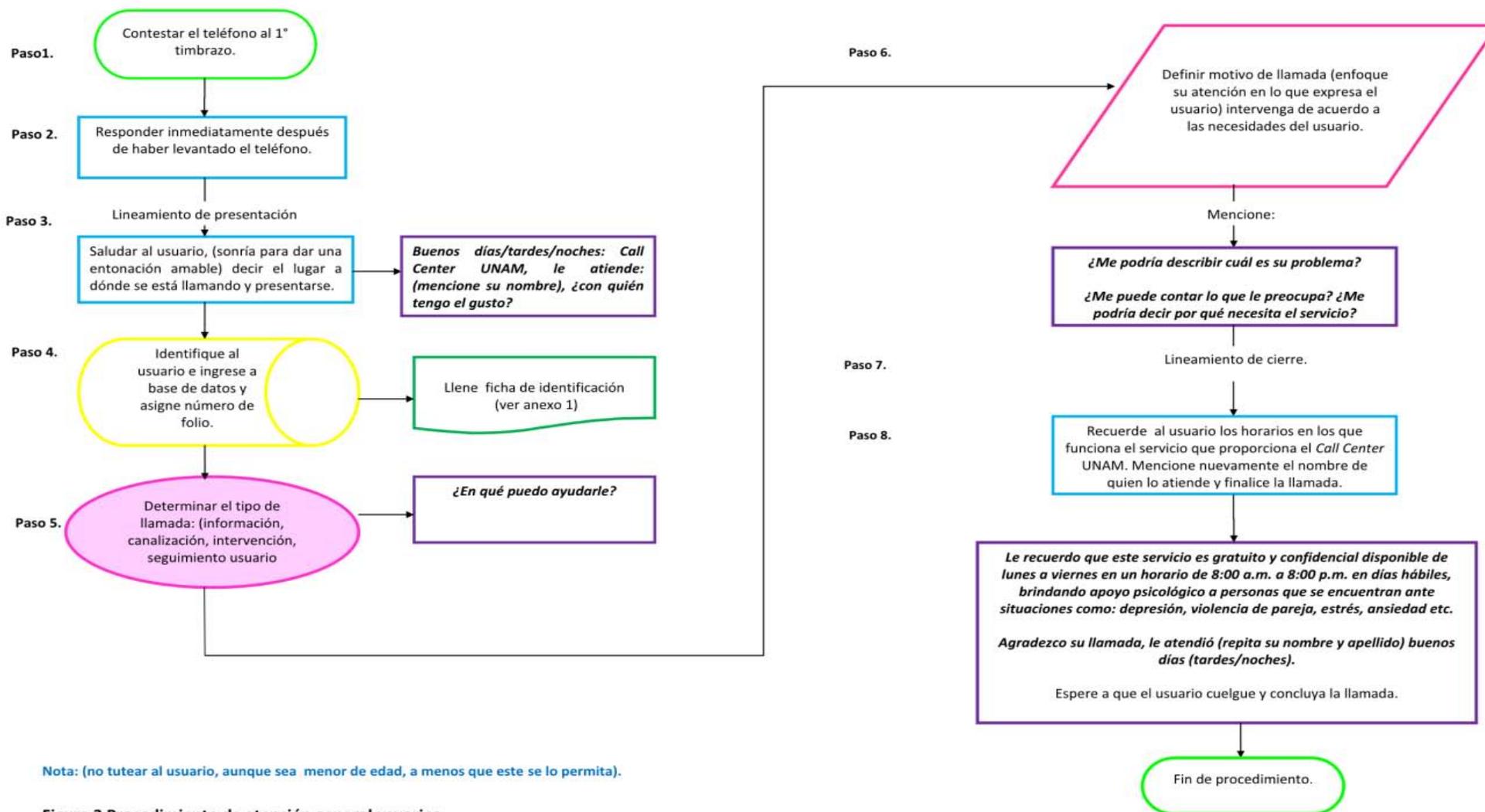
Las técnicas que se encuentran en el manual son fundamentadas en la terapia cognitivo-conductual, cuyos modelos permiten trabajar con el usuario para identificar y modificar patrones de pensamientos desadaptativos que dan origen a los trastornos que le desorganizan y sobre todo ayudarlo a considerar interpretaciones o valoraciones más realistas y adaptativas, generando cambios de estos patrones cognitivos problemáticos, a través de su práctica repetida, a contextos de la vida diaria de modo que se consoliden los cambios. Además al ser un tratamiento a corto plazo nos dio oportunidad de utilizarlo en las 6 sesiones establecidas en el modelo de intervención de llamadas para terapia breve que ofrece el *Call Center* UNAM ayudando a los usuarios a fortalecer o bien adquirir habilidades cognitivas y conductuales para un afrontamiento más efectivo ante una crisis.



Símbolo	Representa
	Inicio o término de un procedimiento.
	Actividad.
	Scrip del terapeuta telefónico.
	Base de datos.
	Definición de tipo de llamada.
	Definición de motivo de llamada del usuario
	Decisión o pregunta.



Símbolo	Representa
	Actividad de seguimiento y control para el usuario para el usuario.
	Continuación de un procedimiento o conector de página.
	Indicación de flujo de proceso.
	Conector de proceso de una actividad con otra.
	Generación de ficha de identificación, formularios de evaluación del usuario, seguimiento y canalización. Consulta de directorio.
	Indicación de flujo de conexión de una página a otra.



Nota: (no tutear al usuario, aunque sea menor de edad, a menos que este se lo permita).

Figura 3 Procedimiento de atención general usuarios.

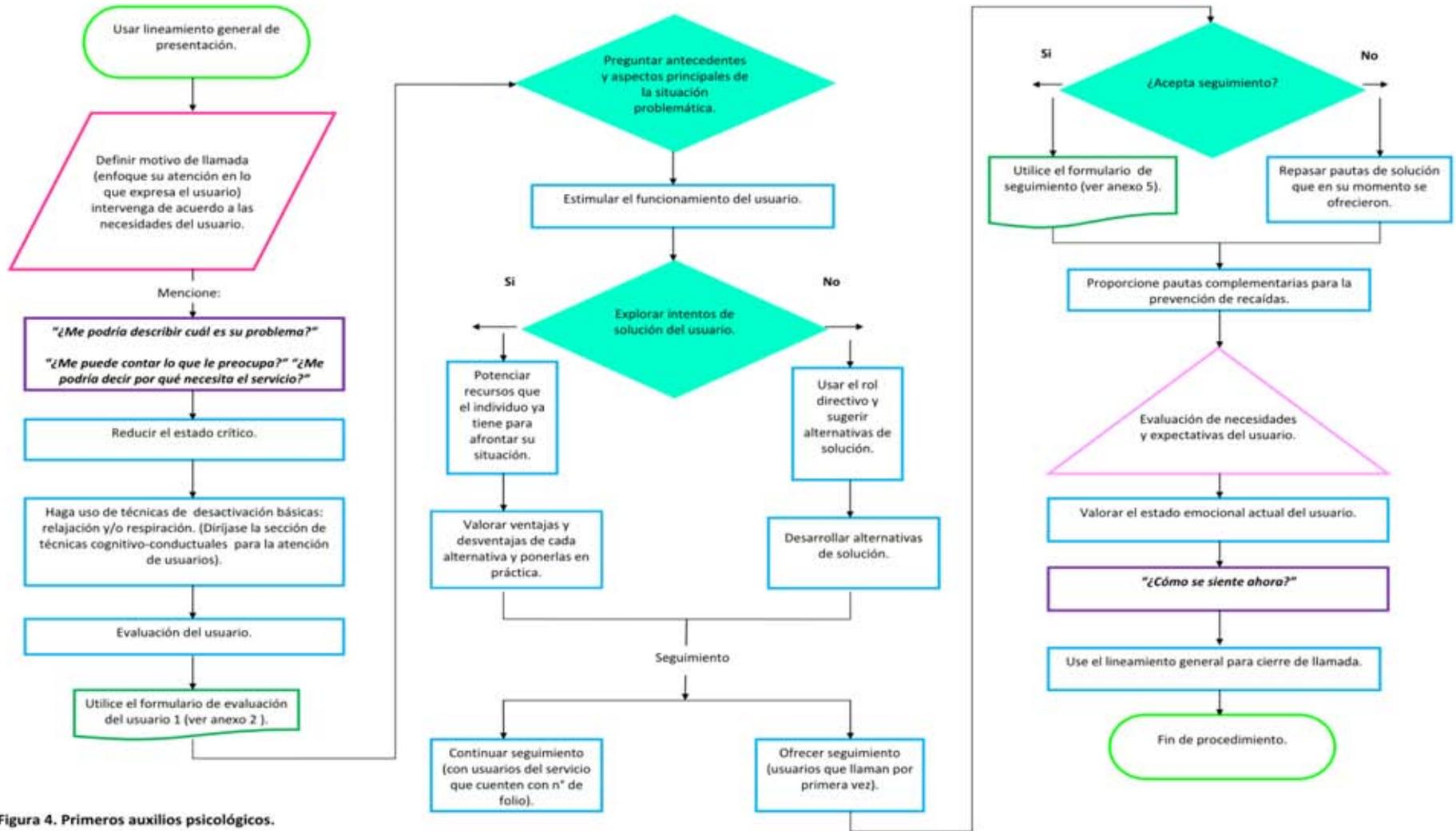


Figura 4. Primeros auxilios psicológicos.

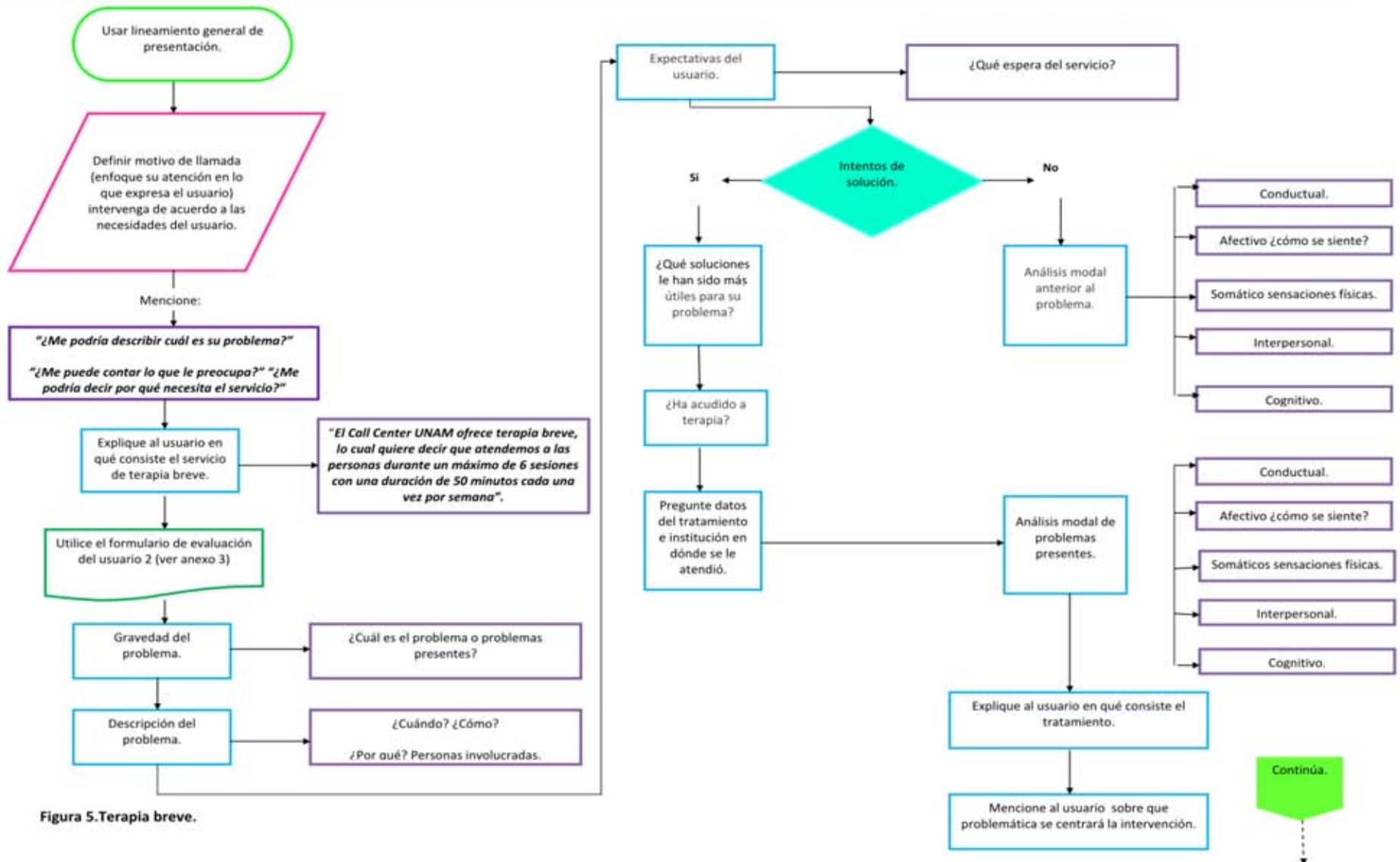
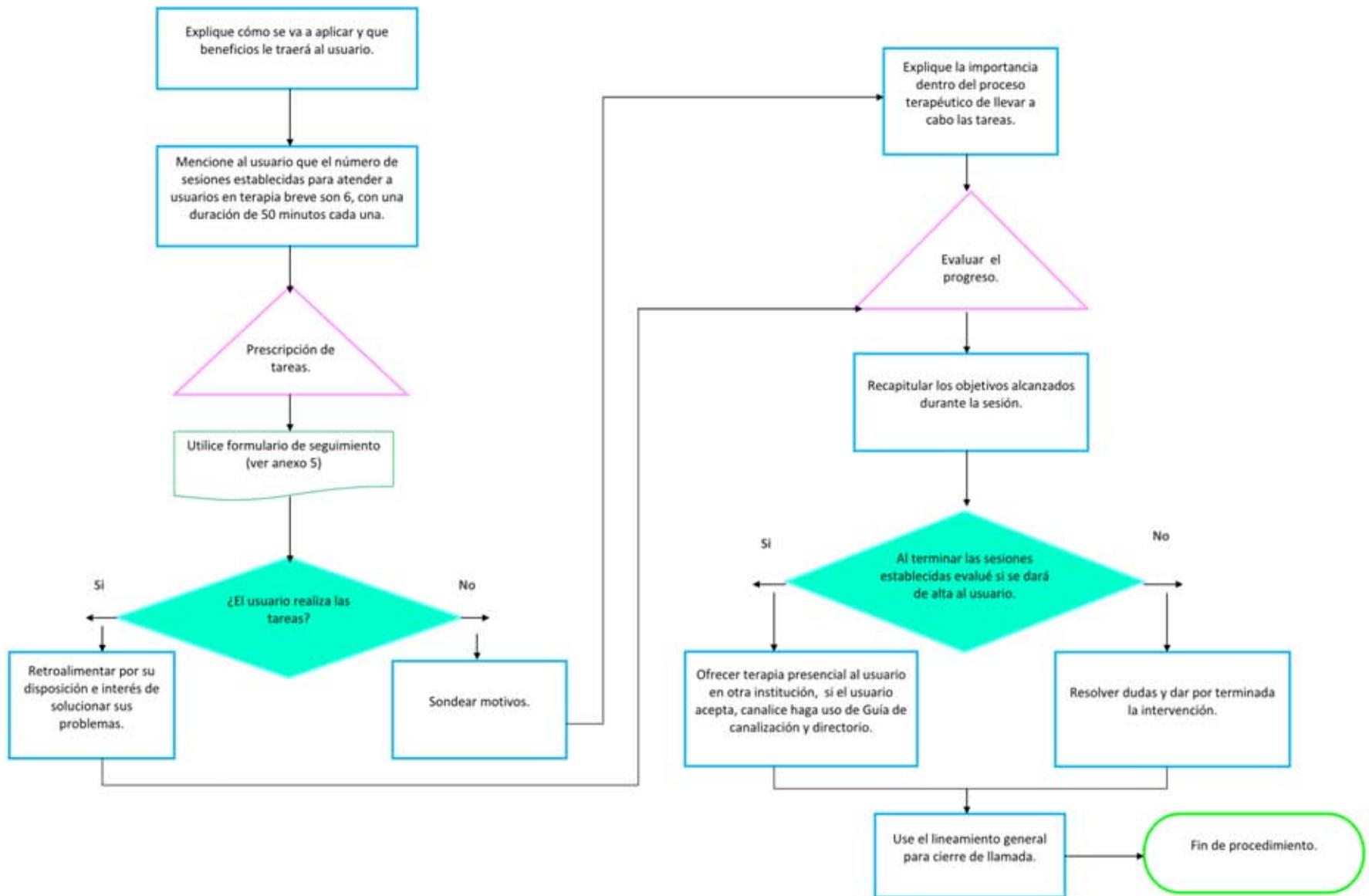


Figura 5. Terapia breve.



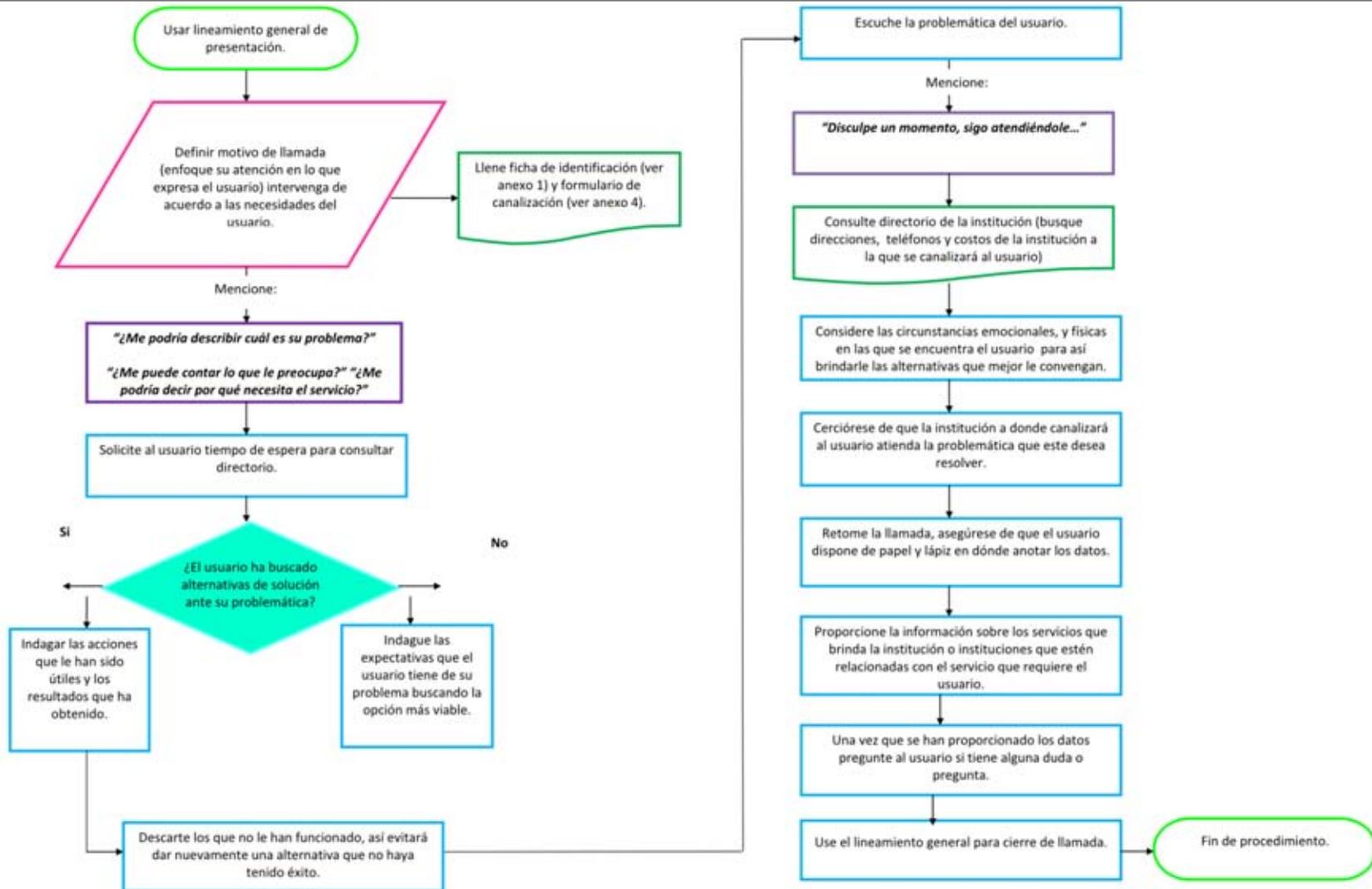


Figura 6. Procedimiento de canalización.

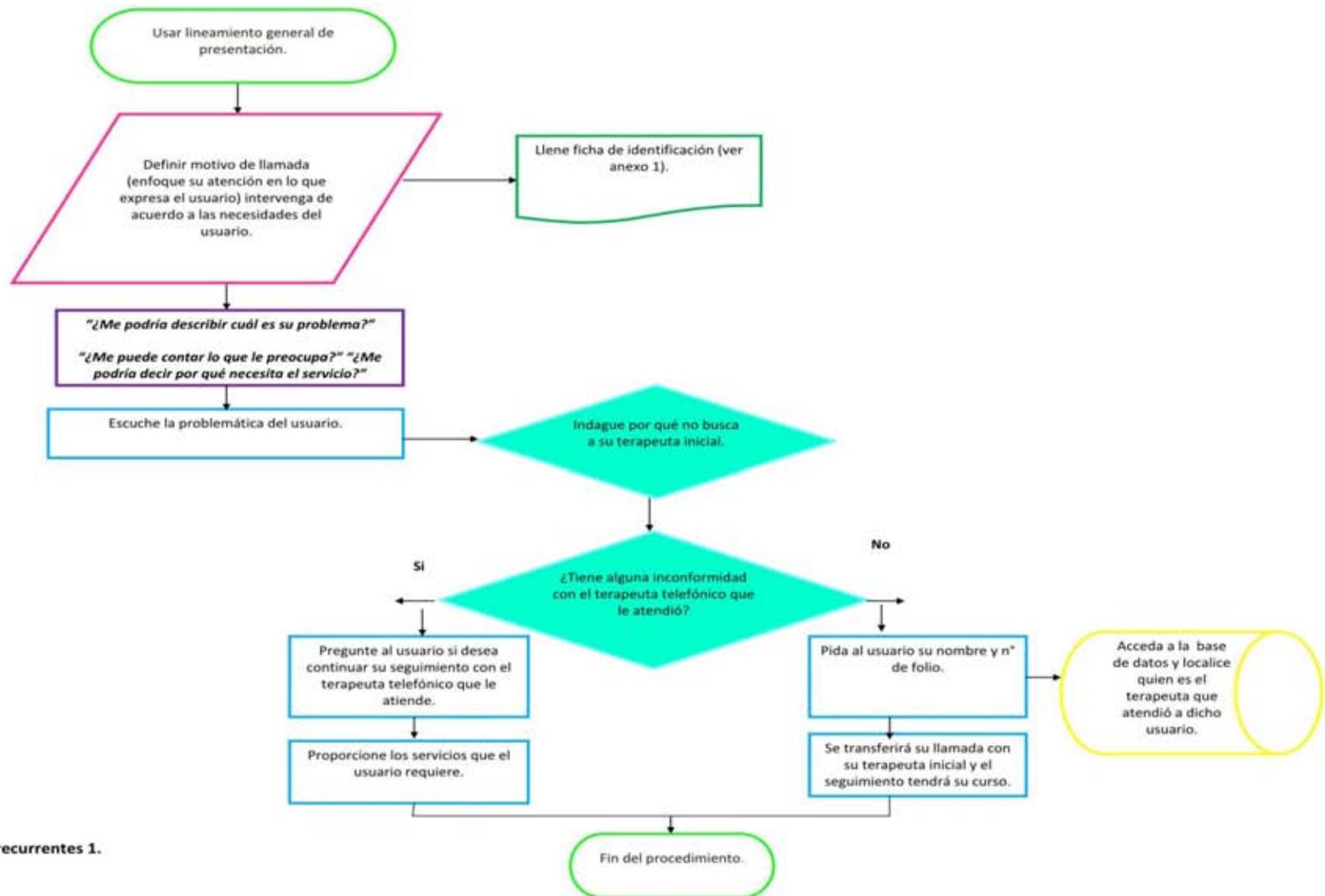


Figura 7. Usuarios recurrentes 1.



Una vez que se han planteado las acciones anteriores se espera que el usuario se adhiera al tratamiento. Sin embargo existe la posibilidad de que el usuario realice llamadas en otros horarios o en días distintos para ello se seguirá el siguiente procedimiento:

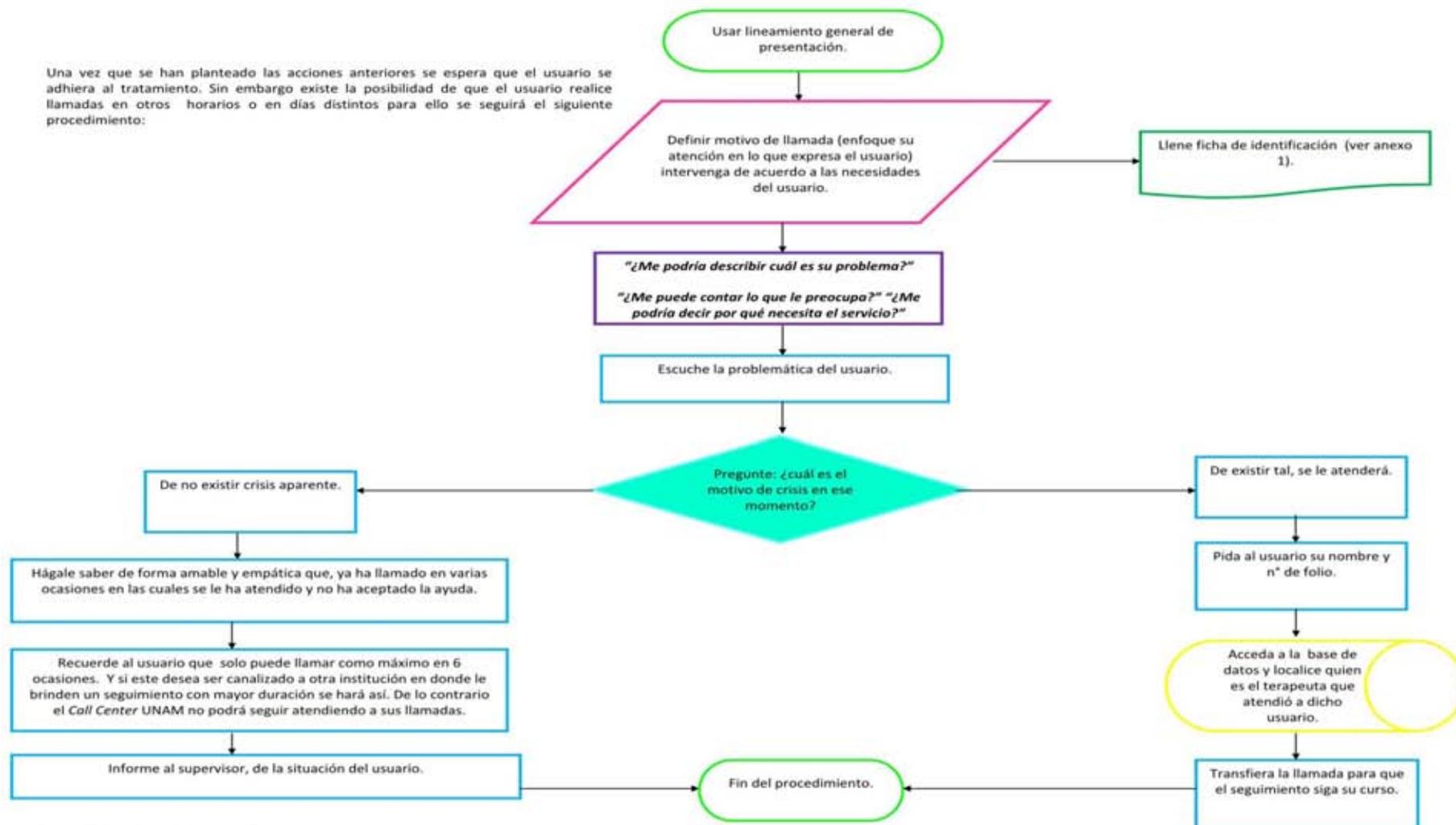


Figura 8. Usuarios recurrentes 2.



Figura 9. Llamadas de broma.

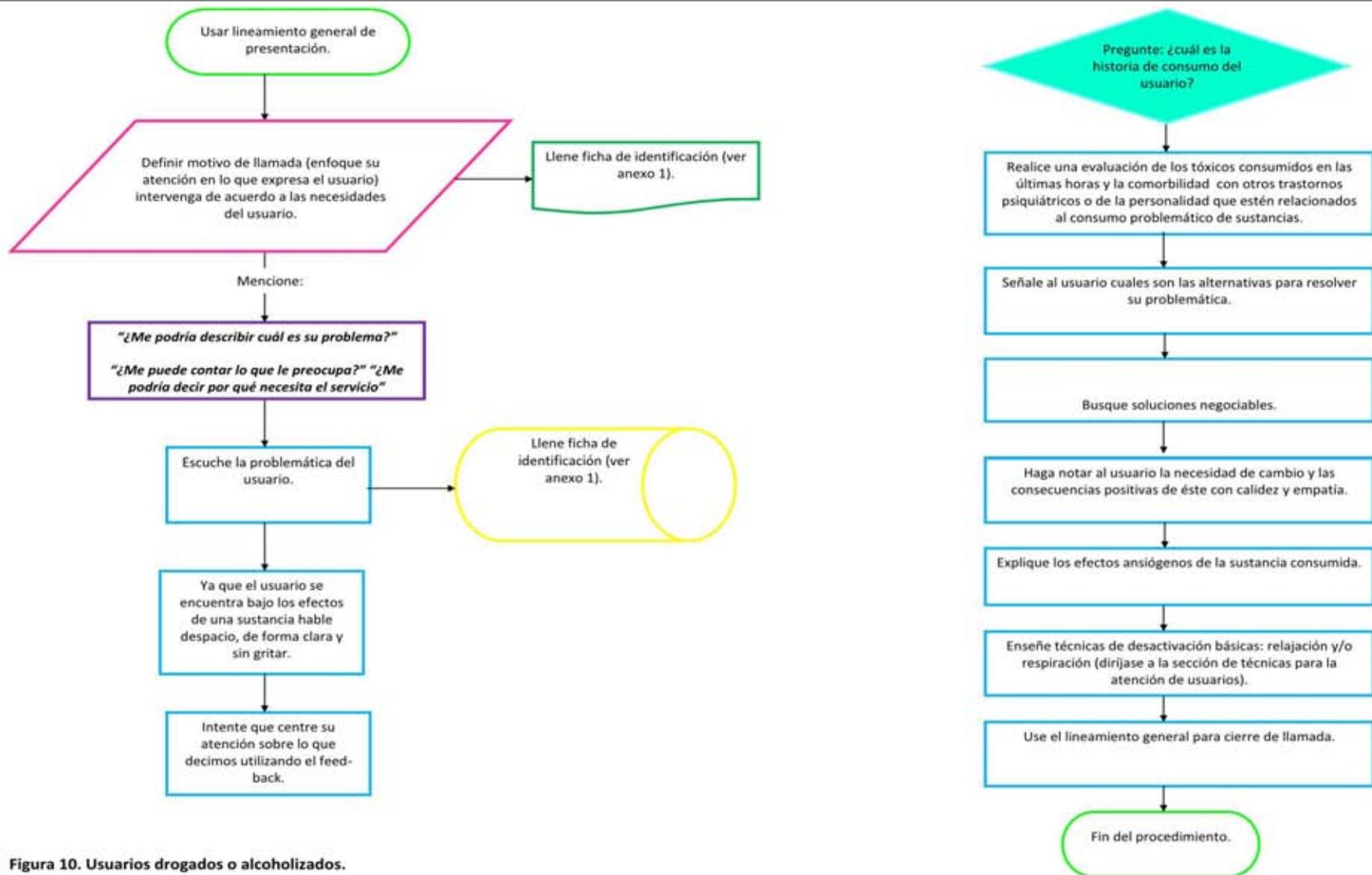


Figura 10. Usuarios drogados o alcoholizados.



Llamadas recibidas en el *Call Center* UNAM.

Primera llamada.

En la primera llamada que se recibe de un nuevo usuario se lleva a cabo un lineamiento general que permite dar la misma atención a cada uno de los usuarios por parte del terapeuta telefónico. Ya que es probable que la persona que llama a la línea telefónica no tenga el conocimiento de cómo hacer uso del servicio, o por otra parte, si ya tiene algunos conocimientos del mismo y desea ayudar a otra persona o requiere para sí el servicio, surgirán dudas respecto a él. Es en esta parte donde amablemente le ayudaremos a aclarar todas sus inquietudes.

Haremos uso del lineamiento general que consiste en:

- *Presentación*; es en esta parte donde se establece el contacto con el usuario para ello es necesario crear un lazo de comunicación utilizando empatía para que éste se sienta cómodo para iniciar con la llamada, siempre transmitiendo tranquilidad y confianza.
- *Determinar tipo de llamada*; “*el cómo lo dice*” nos ayudará a determinar la llamada, la escucha cuidadosa de las demandas del usuario es lo que nos permitirá seguir el método a seguir en cada una de ellas. Estas se dividen en llamadas de intervención y llamadas atípicas, las primeras corresponden a llamadas de *información, canalización, primeros auxilios psicológicos, terapia breve* y las segundas son las de usuarios *drogados o alcoholizados, usuarios recurrentes y llamadas de broma*, por lo que debemos tener nuestra completa atención y evitar distracciones.
- *Definir motivo de llamada*; en este apartado es el usuario el que expone sus problemas, puede ser una verbalización general y no aportar datos suficientes, es entonces cuando el terapeuta debe analizar cuál es la queja o petición del usuario a través de su discurso llevándolo a definir su motivo de llamada por medio de preguntas directas, lo que permitirá delimitar las acciones a seguir de acuerdo a las necesidades del usuario.

- 
- *Ficha de identificación y número de folio*; este es un recurso valioso para obtener información básica del usuario considerando el hecho de que se puede cortar la llamada o el usuario pueda colgar en cualquier momento, se le pide al usuario que proporcione información como: nombre, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, entidad, teléfono de referencia y motivo de llamada; por nuestra parte se le asigna un número de folio al usuario con el fin de que este pueda ser identificado rápidamente en la base de datos, esta información nos permite tener un control de las llamadas subsiguientes (ver anexo 1).
 - *Cierre*; permite recapitular y concluir la intervención y da pie al establecer el seguimiento al usuario. Antes de colgar se le recuerda al usuario los servicios con los que cuenta *el Call Center UNAM* y los horarios de atención.

Para brindar un servicio eficaz es importante que el terapeuta telefónico:

- Conozca de antemano la información disponible.
- No dude cuando esté dando la información.
- Si no se dispone de la información solicitada sea proactivo, pida al usuario que llame más tarde, llame usted o bien canalice al usuario.
- Sepa que información puede dar y la que no.
- No proporcione datos personales de los terapeutas telefónicos.
- Puede dar información académica del personal solo si el usuario lo requiere.
- Cerciórese de que el usuario ha entendido la información.

Llamada de primeros auxilios psicológicos.

Una vez que se ha definido el tipo de llamada y esta corresponde a llamada de primeros auxilios psicológicos se da paso al procedimiento de intervención que consta de 6 fases que se describen a continuación:

Fase 1. Evaluación del usuario.

Esta primera fase debe seguir los siguientes parámetros:

- 
- Valorar el estado emocional en el que se encuentra el usuario, así como la capacidad del individuo para entrar en la conversación.
 - Formulación del caso, preguntar acerca de los antecedentes, aspectos principales que conforman la situación problemática anticipar las posibles consecuencias a las que dará lugar el conflicto.
 - Anticipar las consecuencias que pueden aparecer tras el problema.
 - Beneficios secundarios de ciertos comportamientos, nos permitirá saber que fuentes de refuerzo deberán controlarse para resolver eficazmente ciertos aspectos de la situación.
 - Detectar ciertos rasgos del usuario.
 - Potenciar recursos que el individuo ya tiene para poder afrontar su situación y se consideren formas de amortiguar los elementos de riesgo que pudieran complicar el cuadro.
 - Estilos de afrontamiento del usuario.

En esta fase es importante que el terapeuta cuente con un estilo asertivo de comunicación con expresiones como:

- ***“¿Qué soluciones le podemos dar a esto?”.***
- ***“¿Qué te parece?”, “Entiendo lo que me quieres decir”.***

Evitar expresiones como:

- ***“Harías mejor en” “Haz”***
- ***“Ten cuidado” “Debes estar bromeando”***

Preguntas sugeridas para la evaluación del usuario en este tipo de llamada:

- ¿Dónde estaba cuándo ocurrió?
- ¿Qué hizo primero, y después?
- ¿Qué escuchaba, oía y veía?
- ¿Quién estaba presente?
- ¿Recuerda algo en especial?

- 
- ¿En qué sentido le ha afectado?
 - ¿O cree que le puede afectar esto?
 - ¿Cuándo empezó todo?
 - ¿Qué fue lo primero que pensó?

Profundizar en los pensamientos:

- ¿Qué le paso por la cabeza?
- ¿Qué pensó cuándo terminó todo?
- ¿Qué es lo que más le preocupa ahora?
- ¿Hay algún pensamiento que le cueste apartar de su mente?
- Dirigir la conversación hacia el momento presente y resolver problemas.

Profundizar en los sentimientos:

- ¿Qué ha sido lo más difícil para usted en esta situación?
- ¿Cómo se ha sentido desde que ocurrió todo?
- ¿Cómo se siente ahora?
- Referirse a eventos pasados para afrontar sucesos de su vida en los que consiguieron salir adelante.
- ¿Qué estrategias le han ayudado o resultado útiles en el pasado para afrontar problemas?
- ¿Qué cosas le ayudan o han resultado útiles en el pasado para afrontar problemas?
- ¿Qué cosas le ayudan especialmente ante esas situaciones?
- ¿Cuenta con alguien de confianza? ¿Quién es?

Fase 2. Elección de la técnica para el restablecimiento emocional del usuario.

La elección de técnica a utilizar en este tipo de llamadas, tiene que ver con el análisis de los datos obtenidos en la evaluación previa de las características del usuario. Utilizando técnicas de relajación, respiración, cognitivo-conductuales y emocionales experienciales sugeridas en este manual.



Fase 3. Estimular el funcionamiento del usuario.

Esta fase tiene que ver con ayudar al usuario a tomar decisiones para asumir el control sobre su situación y promover el cambio e intentar que las actividades propuestas sean realizadas a partir de las capacidades y habilidades que conserva a pesar de la crisis. Es necesario que el terapeuta esté disponible al usuario ante cualquier emergencia proporcionándole su nombre y horarios en los que se encuentra.

El cambio debe centrar su actividad cognitiva en la realidad que le rodea, en las actividades propuestas y no exclusivamente en el hecho problemático en sí. El terapeuta debe sugerir un plan de acción, orientado a recuperar una mínima normalidad, centrado en que el usuario lleve a cabo las actividades que se le proponen para recuperar un nivel de funcionamiento saludable en tareas cotidianas como cuestiones personales básicas (aseo personal, hábitos alimenticios y descanso), contacto con red social (amigos, familia y conocidos), orientación al usuario a la realización de actividades gratificantes.

Este plan conlleva la solución de problemas y toma de decisiones, orientando al usuario a resolver siguiendo las siguientes pautas:

- Sugiriendo posibles alternativas de solución.
- Valorar ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Llevar la alternativa propuesta a la práctica, eligiendo la de mayor ventaja y la que tenga menos repercusiones negativas.

Fase 4. Cierre.

En la fase final de la llamada se establecen las acciones subsecuentes a la llamada que pueden ser el seguimiento o bien la canalización del usuario.

De aceptar el seguimiento éste puede tener lugar una semana después de haber tenido la intervención. Dar lugar a ese tiempo a que la persona pueda ir poniendo en marcha sus recursos y sea



capaz de hacer cambios aun cuando sean muy pequeños, en este se debe:

- Repasar las pautas de solución que en su momento se ofrecieron.
- Proporcionar pautas complementarias, para prevenir recaídas.
- Valorar si necesita algún tipo de intervención más específica y sistemática.

En esta fase de cierre se evalúa si se cubrieron las necesidades y expectativas del usuario, preguntando si el usuario tiene dudas sobre el plan de acción y si el apoyo proporcionado fue eficiente y oportuno. Se hace entonces la recapitulación sobre la problemática, se valora el estado emocional inicial y actual del usuario.

Finalmente se le recuerda al usuario los horarios en los que funciona el servicio, haciendo un breve recorrido por los servicios que proporciona el *Call Center* UNAM, se le recuerda al usuario el nombre del terapeuta que lo atendió y se finaliza la llamada.

Llamada de terapia breve.

Una vez que se define el tipo de llamada, se da paso al procedimiento para atender llamadas de terapia breve que consta de 6 fases.

Fase 1. Identificación.

En esta fase se explica al usuario en qué consiste el servicio de terapia breve comenzando por establecer el número de sesiones y tiempo de duración de cada una de ellas, ofreciendo un marco de estructura para el usuario.

Fase 2. Evaluación.

En algunas ocasiones se implementarán procedimientos correspondientes a la fase 2 desde la primera llamada, en otras serán necesarias dos llamadas más para recopilar información contenida en el formato de evaluación del usuario (véase anexo 4) En esta fase deben establecerse también los parámetros que normen el encuadre de trabajo necesario para realizar la intervención breve que



proceda.

Durante la evaluación del usuario habrá momentos difíciles en los que la información que ofrece el usuario es dolorosa, confidencial y en ocasiones nunca compartida. Así que ofrecer confianza es imprescindible para que el usuario se abra y permita entender lo que ocurre, de ello dependerá la elección del tratamiento.

Saber responder a situaciones que suelen darse en esta parte como: ocultar información, o que el usuario se niegue a responder determinadas preguntas, cambie de tema o hable exclusivamente de alguno, hable de manera escueta; es muy importante por qué de ello depende que se obtenga toda información necesaria con el menor sesgo posible y, además es la evidencia de que el usuario se encuentra cómodo y confía en el terapeuta para ser más específico o más abierto.

La evaluación abordará los siguientes puntos:

- Gravedad del problema.
- Descripción del problema.
- Expectativas del usuario.
- Intento de solución.
- Análisis anterior al problema en la modalidad conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva del individuo.
- Análisis de problemas presentes en la modalidad conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva del individuo.

Fase 3. Eje de tratamiento.

En esta fase el terapeuta telefónico debe ser capaz de hacer una hipótesis en base a los datos obtenidos durante la fase anterior, elegir un tratamiento para el usuario justificando (enfoque psicológico) y delimitando los objetivos del mismo.

Tal vez se encuentre ante las preguntas insistentes por parte del usuario ***¿Qué es lo que tengo?*** ***¿Le ocurre a otras personas?***, en caso de que se dé un diagnóstico concreto pudiera preguntar ***¿Es grave, tiene solución?*** es entonces cuando el terapeuta se encuentra ante una serie de preguntas que ha de resolver y la forma de hacerlo es crucial para que el usuario entienda con claridad la



información.

El usuario recibe información clara y precisa utilizando un lenguaje sencillo, para asegurarnos que nos ha entendido, podemos pedirle que haga un resumen de lo recomendado.

Se trata entonces de explicar en qué consiste el problema o trastorno que presenta, y aclarar los conceptos. La justificación del tratamiento tiene que ver con la explicación que el terapeuta hace al usuario de que se va a hacer, es decir en qué consiste el tratamiento, sobre que se va a centrar, como se va a aplicar y por qué.

Deberá hacer un planteamiento terapéutico en el que tendrá que centrarse en los aspectos positivos que conlleva la intervención como la eliminación del problema por ejemplo, transmitiéndole al usuario seguridad y apoyo en el proceso.

Fase 4. Encuadre.

El encuadre o contrato de establecimiento de reglas entre usuario y terapeuta telefónico, puede darse desde la primera llamada al convenir como se darán las próximas llamadas conteniendo las normas a seguir como usuario del *Call Center* UNAM que se mencionan en el siguiente apartado:

- Determinar el número de sesiones a 6 llamadas como límite, ya que es el tiempo requerido para establecer un objetivo a corto plazo.
- Establecer el tiempo de duración de la llamada a no más de 50 minutos.
- Manejo de incidencias: retrasos, llamadas canceladas, urgencias o llamadas adicionales. Si un usuario requiere o desea un mayor número de llamadas se considerará su petición con el coordinador del programa analizando su problemática de ser viable su petición, esta llamada se considerará como terapia breve telefónica de no ser así se le proporciona la alternativa de remitirlo a otra forma de intervención psicoterapéutica en otra institución (ver anexo 3).
- Directividad de tareas: es en esta parte donde se hace la prescripción de tareas y se explica al usuario en qué consistirá cada una de ellas, asegurándose de que lo ha entendido, motivando al usuario a seguir el tratamiento.

- 
- Realización de tareas: en este punto el terapeuta telefónico debe asegurarse de que las tareas que se le prescriben al usuario sean las adecuadas, haciéndole notar que debe dedicar tiempo a estas, planteándole el papel que desempeñan en la evolución de la terapia.
 - Sondar dudas relacionadas al tratamiento, si es el caso preguntar los motivos por lo que no se está realizando la tarea (falta de tiempo, olvido, vergüenza o motivos no específicos) de no presentar ningún problema se le retroalimenta por su interés en solucionar su problema.

Fase 5. Seguimiento.

Estas sesiones de seguimiento suelen ser de corta duración, en realidad la primera llamada de seguimiento puede ser a partir de la segunda llamada según sea el caso. El objetivo de esta fase es registrar las acciones tomadas para evaluar el progreso del usuario, haciendo una revisión de los logros obtenidos durante las últimas sesiones, permitiendo al usuario involucrarse y afianzar los progresos logrados durante las mismas. Permitirá saber al usuario si los resultados son lo que había esperado o si la situación tomó un curso no esperado con mayores implicaciones de riesgo, vigilando el curso de los acontecimientos después de la crisis y de la intervención.

De modo que cuando el terapeuta telefónico identifique una llamada de seguimiento realizará un resumen mencionando el objetivo de la llamada, se recapitularán las alternativas de solución que se originaron, así como la decisión tomada y como se llevará a cabo el plan de acción con la finalidad de resolver dudas y hacer saber al usuario que ha sido escuchado con atención.

Es tarea del terapeuta ofrecer apoyo al usuario para hacer solo una cantidad considerable de trabajo estimulando su autonomía y ayudarlo a solidificar las habilidades de afrontamiento que pueden resultarle útiles una vez finalizada la terapia. Durante estas sesiones es importante que aclaremos dudas y se registre la llamada en el formulario electrónico de seguimiento ya que lo que se pretende es dar continuidad a la atención del usuario a través del *Call Center* UNAM.

Fase 6. Cierre.

La fase de cierre tiene como objetivo la recapitulación y explicación del proceso terapéutico



desarrollado y dando a conocer al usuario los objetivos alcanzados a lo largo de las sesiones. Nos ayudará a determinar si el usuario es candidato a otro tipo de terapia presencial o podemos darle de alta al finalizar las 6 sesiones determinadas.

Esta fase permite rescatar el aprendizaje generado durante el proceso, así como la conclusión de la interacción entre la persona en situación de crisis y el terapeuta telefónico. Cerrar una llamada es tan importante como su inicio y desarrollo ya que permite resolver dudas y recolectar datos con gran valor para la evaluación del servicio de la línea telefónica.

Llamada de canalización.

La canalización es el último recurso que se le brindara al usuario ya que el propósito del servicio que proporciona el *Call Center* UNAM es atender a los usuarios mediante terapia breve o primeros auxilios psicológicos. Sin embargo si el usuario solicita la canalización esta se le proporcionará ofreciéndole alternativas que permitan encontrar solución a sus problemáticas congruentes con su proyecto de vida y acorde con sus recursos y habilidades (ver anexo 4).

Se proporciona orientación o sugerencias de los lugares adecuados para recibir atención a su problemática, para ello es importante conocer y manejar adecuadamente el directorio actualizado de instituciones que estén relacionadas con los servicios que requiere el usuario. El proceso de canalización inicia cuando el terapeuta telefónico proporciona al usuario los datos de contacto con la institución pertinente donde recibirá ayuda específica para su problemática, es importante conocer las circunstancias en las que se encuentra la persona para así brindarle las alternativas más convenientes.

Llamada de usuarios recurrentes.

En un servicio de apoyo psicológico vía telefónica, estamos ante la posibilidad de que existan usuarios que a pesar de haber recibido el apoyo psicológico (ya sea en una o varias ocasiones) continuarán llamando y exponiendo su caso una y otra vez. Estos casos particulares se caracterizan por la poca o nula adherencia al tratamiento, así como de las resistencias del usuario o en su defecto por su



inconformidad con su terapeuta telefónico, es por tal razón que planteamos una guía (ver página. 95) para atender ese tipo de llamada con el fin de que el terapeuta telefónico del *Call Center* UNAM conozca el procedimiento para dar el servicio a este tipo de usuario siempre pensando en el bienestar del mismo.

Llamadas de broma.

Dado que el servicio que proporciona el *Call Center* UNAM es gratuito esto induce a determinadas personas realizar un uso incorrecto del servicio realizando llamadas bromistas o insultantes que pueden reducir la eficacia y calidad del servicio, al ocupar las líneas de las que se disponen para atender a los usuarios que realmente necesitan el servicio. Es por ello que el terapeuta telefónico que atiende el teléfono debe actuar de manera racional ante este tipo de llamadas y no se vuelvan recurrentes en la institución.

Llamada de usuarios drogados o alcoholizados.

Cuando nos encontramos ante llamadas de este tipo no podremos evitar sentir cierto nerviosismo, ya que no sabemos exactamente a qué circunstancia nos vamos a encontrar ni cómo manejar situaciones a veces complejas.

Aunque es importante que el usuario que solicita el servicio esté libre de los efectos del alcohol o drogas, habrá ocasiones en las que el usuario llame bajo ese efecto. Ya que dependiendo de la sustancia que haya consumido y la cantidad de la misma, el usuario al que atendemos presentará un tipo de comportamiento y dificultades diferentes.

Será entonces imprescindible conocer que sustancia ha consumido, ya que nos permitirá saber el tipo de comportamiento que manifiesta la persona consumidora, de esa forma podremos que determinar las pautas de intervención como se muestra en la guía para llamadas de usuarios drogados o alcoholizados (ver página 98).



Técnicas
cognitivo
conductuales
utilizadas en la
atención de
usuarios del
Call Center
UNAM.

Las técnicas que se describen en el siguiente apartado han sido utilizadas en la atención a usuarios del *Call Center* UNAM, ante problemáticas como: ansiedad, baja autoestima, celos, codependencia, depresión, duelo, estrés, e infidelidad. A continuación se describe el propósito de cada técnica y su forma de aplicación.

PROGRAMACIÓN DE QUEJAS (“TIEMPO BASURA”).

OBJETIVO: ayudar al usuario a poner en marcha mecanismos de autocontrol y, en cualquier caso, es una oportunidad para discutir los obstáculos que pueda haber en lograrlo.

MENCIONE AL USUARIO:

“Aunque le parezca raro, un modo que tiene mucha gente de dejar de lado las preocupaciones que le impiden trabajar o hacer las cosas normales de la vida diaria es dejar un tiempo específico para preocuparse”.

“No tiene mucho misterio, se trata de que en vez de estar todo el día dando vueltas a la idea que le preocupa, intente reservar unos momentos cada día para pensar en esas cosas eso le puede aliviar el resto del tiempo”.

“¿Le parece que lo intentemos y si no funciona lo hacemos de otro modo?”

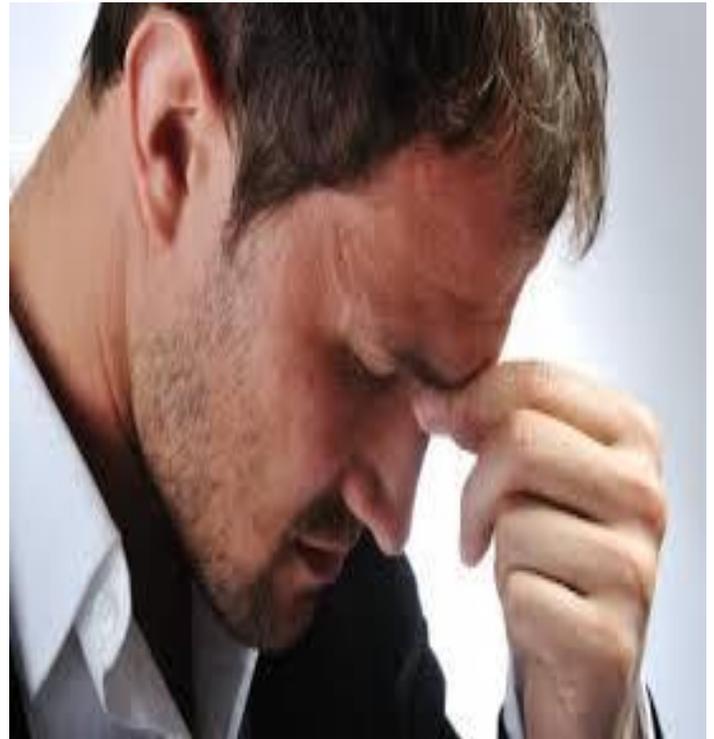


“Esto funciona como lo que mucha gente hace cuando intenta dormir y no puede porque no tiene ideas que le rondan en la cabeza para el día siguiente (por ejemplo: intentando hacer una lista mental de los compromisos, citas, obligaciones que tiene) lo mejor es encender la luz, ponerlas en un papel para no dejar que le revoloteen a uno por la cabeza y volver a acostarse”.

“Lo que vamos a hacer se llama “tiempo basura” y es muy parecido vamos a tomar 3 o 4 momentos del día para que piense profundamente y escriba durante unos 10 o 15 minutos todo lo que le preocupa ¿está bien?”

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

- **Negocie con el usuario para que dedique varios momentos del día, que sean de su conveniencia, a centrar su foco de atención en los pensamientos negativos.**
- **Si se observa que los pensamientos inesperados siguen apareciendo con mucha frecuencia, se puede incrementar la frecuencia de los “tiempos basura”.**



Nota al terapeuta:

Indique al usuario que es deseable que estos momentos dedicados a centrarse en aspectos negativos (“tiempos basura”) se efectúen cuando no interfieran con otras actividades (por ejemplo: El momento de irse a la cama).

II. RELAJACIÓN PROGRESIVA.

OBJETIVO: ayudar al usuario a discriminar la experiencia de tensión y a emplear respuestas de relajación frente a ella. Aplicando la relajación a situaciones de la vida diaria asociadas a ansiedad.

DESCRIPCIÓN:

Esta técnica consiste en el aprendizaje de ejercicios de tensión y distensión de distintos grupos musculares.

De manera característica, el número de grupos musculares sobre los que se practican los ejercicios se van disminuyendo en las sesiones sucesivas hasta prescindir de los ejercicios de tensión muscular e inducir la relajación mediante evocación.



posición de relajación

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Emplea ejercicios de tensión y relajación de una serie de músculos para conseguir la relajación completa del usuario.

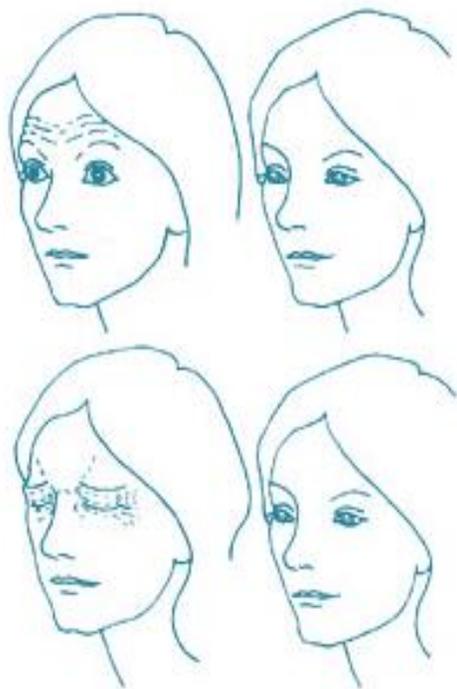
MENCIONE AL USUARIO: a continuación usted seguirá las siguientes instrucciones:

1. Ponga por favor en altavoz su teléfono o bien utilice la función de manos libres para poder realizar este ejercicio.
2. Manos: apretamos los puños.
3. Antebrazo: doblamos los brazos por el codo y se aprieta el antebrazo contra el brazo.
4. Brazo: ponemos los brazos rectos, con las manos sueltas, estirándoles hacia adelante.
5. Hombros: alzamos los hombros hacia arriba.
6. Parte posterior del cuello: apretamos la barbilla contra el cuello.



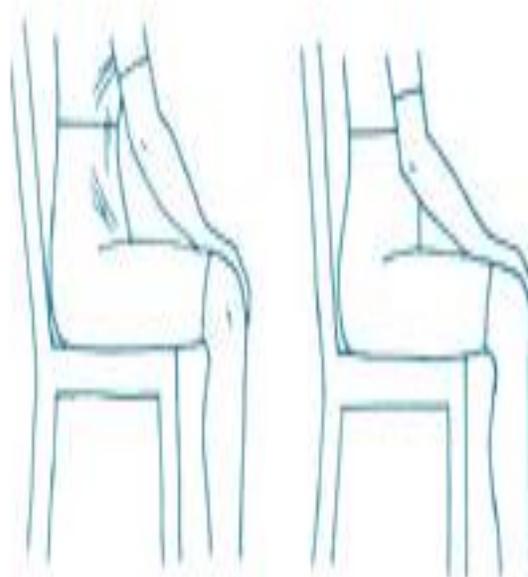
brazos

- 7.** Nuca: apretamos la nuca contra el sillón donde tenemos apoyada la cabeza.
- 8.** Frente: alzamos las cejas hacia arriba arrugando la frente.
- 9.** Ojos: apretamos los párpados.



cara

- 10.** Boca: abrimos la boca tanto como se pueda. Luego apretamos los labios.
- 11.** Mandíbulas: apretamos las mandíbulas.
- 12.** Lengua y parte interior del cuello: apretamos la punta de la lengua sobre la parte superior del paladar, donde se junta con los dientes superiores.



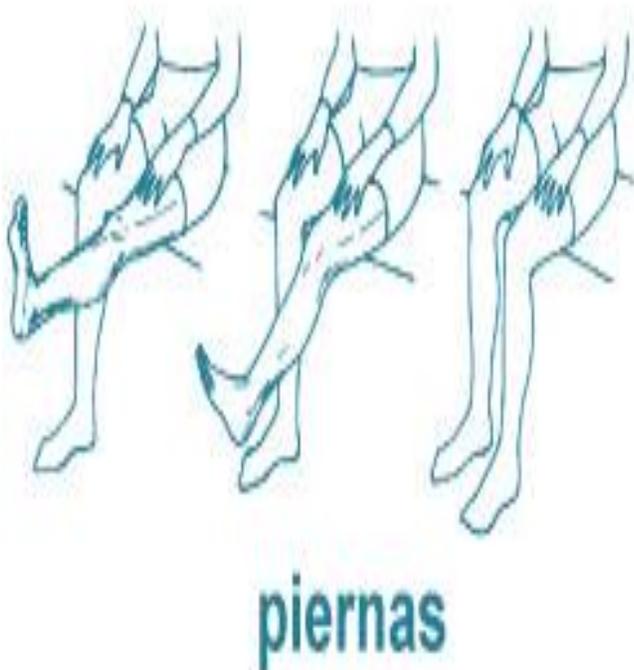
vientre

- 13.** Pecho: tomamos aire por la nariz, se mantiene en el pecho y se echa lentamente por la boca.
- 14.** Abdomen: empujamos hacia adelante los músculos abdominales.
- 15.** Nalgas: empujamos hacia adelante las nalgas junto con las caderas.

16. Muslos: extendemos las piernas, se levantan y se estiran hacia afuera.

17. Pantorrillas: extendemos las piernas hacia afuera, con los dedos de los pies apuntando recto.

18. Pies: curvamos los dedos de los pies hacia abajo y luego estiramos hacia arriba.



Nota al terapeuta:

Cada grupo de músculos se tensa (durante unos 10 segundos) y luego se relaja. Se vuelve a tensar otra vez y vuelve a relajarse, induciendo a partir de ese momento sensaciones de relajación cada vez más intensas.

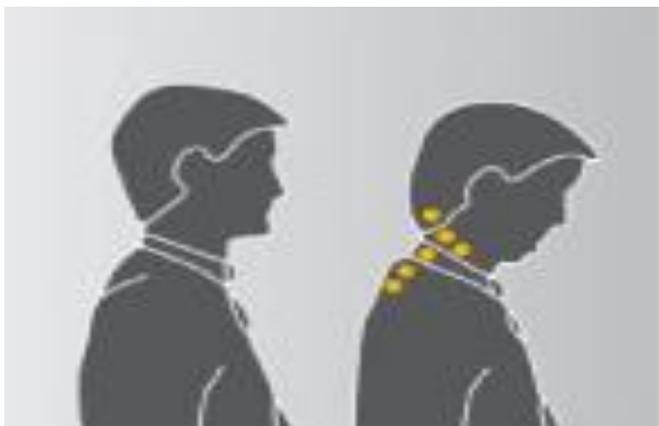
III. RELAJACIÓN MUSCULAR.

OBJETIVO: consiste en ayudar al usuario a obtener una mayor sensación de control sobre su cuerpo. Se puede practicar a diario de modo que se identifique y disminuya la tensión.

INDICACIONES AL USUARIO:

Después de que el usuario se ha puesto lo más cómodo posible, en un ambiente sin ruidos, con luz tenue y sin que ninguna otra persona pueda molestarle. Seguirá esta secuencia:

“Póngase cómodo y cierre los ojos, por favor. Preste atención sólo a mi voz y escuche lo que voy a ir diciéndole. Concéntrese en sus manos. Cuando yo diga ¡ya! Va a apretar fuertemente los puños, manteniendo la tensión hasta que diga ¡alto! Entonces va a intentar que se relajen lentamente”.



“Concéntrese en sus manos ¡ya! Tense los puños...apriételos fuertemente, manteniendo la tensión...note las sensaciones de tensión en esa zona de su cuerpo...los puños se encuentran fuertemente apretados... ¡alto! Afloje los puños...”



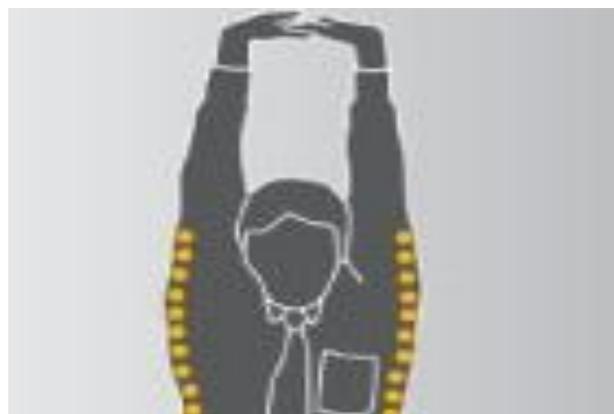
“Déjelos que descansen sobre el brazo del sillón... Y observe la diferencia entre tensión y relajación... Note cómo esos músculos se van relajando... Ahora, vamos a volver a tensar los puños. ¡Ya!”

“Apriete los puños...Ténselos... Mantenga la tensión y sienta las sensaciones de tensión en ellos... ¡Alto! Afloje los puños...Deje que descansen sobre el sillón...”

“Deje que la tensión vaya desapareciendo lentamente, tranquilamente...Note cómo los músculos de sus dedos se distienden... Cómo se relajan sus manos...y nota la diferencia entre tensión y relajación. Sus manos se relajan poco a poco... suavemente...tranquilamente... cada vez más... cada vez un poco más...”



“Así se puede proceder con los demás grupos de músculos, palabras que pueden ayudar para crear sensaciones de relajación son: aflojar, distender, relajar, soltar, suavizar, alisar, calmar, flácido, ligero, blando, pesado, sereno, hundirse, etc.”



Nota al terapeuta:

Quando todo el cuerpo del usuario está relajado se puede inducir una imagen relajante, agradable para el usuario, que sirva para profundizar aún más en el estado de relajación. Por ejemplo se puede hacer que el usuario se imagine que se encuentra en una playa, o en un prado verde o en otro lugar que sea muy relajante para él, creando así estímulos agradables y placenteros que le rodean en esa situación.



IV. IMÁGENES PROFUNDIZADORAS DEL ESTADO DE RELAJACIÓN.

A veces puede ser útil que el usuario imagine que se encuentra en una situación relajante. La descripción de esas imágenes es algo que el terapeuta tiene que dominar para inducir al usuario estados de relajación más profundos (sin necesidad de llegar al estado hipnótico).

MENCIONE AL USUARIO:

“Imagínesse un día soleado. Va paseando por un bosque donde ya ha estado anteriormente. El cielo está azul. Hay unas pequeñas nubes blancas flotando por encima de las copas de los árboles. Encuentra un pequeño camino”.

“Se siente alegre y relajado. Note cómo crujen las pequeñas ramas caídas conforme anda por el camino. Oye el rumor del agua. Es un pequeño riachuelo que está frente a usted”.



“El agua está limpia y cristalina. Al otro lado del río ve un prado muy verde, con unos pocos árboles”.

“Se descalza y va a cruzar el río. Sienta el agua tibia que moja sus pies, vigorizándolos”.

“Oiga el dulce trinar de los pájaros y la brisa que roza su cara. Un suave olor a hierba fresca llena el aire. Casi puede saborear la frescura de la primavera. Se dirige hacia un roble que se encuentra en el medio del prado”.

“Se sienta bajo sus ramas y apoya su espalda en su amplio tronco”.

“Sienta las hierbas bajo sus piernas y sus pies. Mire hacia arriba y vea cómo se mecen las hojas de los árboles. Observe el suave azul del cielo y unas pequeñas nubes blancas que flotan en él. Respire profunda y lentamente. Se siente completamente tranquilo y seguro. Disfruta de esta escena durante unos minutos”.

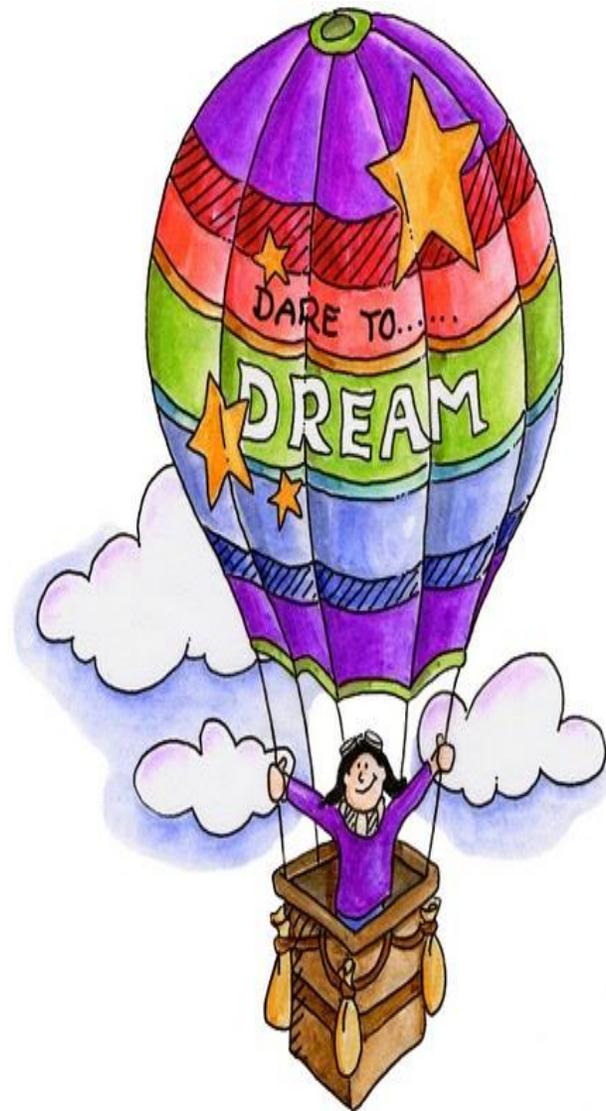


V. IMÁGENES PROFUNDIZADORAS DEL ESTADO DE RELAJACIÓN.

MENCIONE AL USUARIO:

“Imagine que está en un hermoso globo aerostático. Se encuentra en el suelo, mantenido por dos sacos de tierra. Estos sacos representan todos sus problemas. En un momento, arrojará los sacos fuera de la barquilla y, cuando haga eso, estará arrojando todos sus problemas. Ahora, arroje el primer saco”.

“Sentirá inmediatamente una pérdida de peso sobre sus hombros. Ahora, arroje el segundo saco y conforme hace eso se siente alegre y ligero. Se han ido todas sus preocupaciones”.



“Siente que el globo sube suavemente cada vez más alto”.

“Hay una cuerda colgando que le da un completo control sobre el globo. Se tumba en un colchón blando y se complace en el sentimiento de tranquilidad y comodidad que siente en estos momentos”.

VI. IMÁGENES PROFUNDIZADORAS DEL ESTADO DE RELAJACIÓN.

MENCIONE AL USUARIO:

“Imagine que se encuentra en una playa muy tranquila. Esta tumbado en la arena sobre una toalla. Siente el calor agradable de la arena debajo de su cuerpo. Mire a su alrededor y observa el azul del agua y del cielo. Sólo unas pequeñas nubes van flotando por él”.

“Observe sus formas y su blancura y cómo se van moviendo. El sol se encuentra en lo alto del cielo y sus cálidos rayos disuelven la tensión de tu cuerpo”.

“Puedes sentir cómo una ligera brisa roza su piel, infundiéndose una agradable sensación de tranquilidad”.



“Oiga las pequeñas olas del mar romper suavemente contra la orilla de la playa”.

“Se va sintiendo cada vez más relajado y una sensación de paz y tranquilidad inunda todo su cuerpo”.

“Se fija en el azul intenso del cielo y en una pequeña nube allá en la lejanía. Se siente muy bien y goza de una gran relajación”.

I. AUTOSUPERVISIÓN.

OBJETIVO: conocer en que emplea el tiempo el usuario. De igual forma el usuario puede dar cuenta de ello, reconociendo cuantas horas emplea, por ejemplo navegando en internet, estudiando, viendo tv. etc.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

- **Pida al usuario que elabore una tabla con cinco columnas.** En la primera columna señalará: momento, debajo de ella señalará las horas del día; en la segunda columna marcará las actividades; en la tercera columna marcará las emociones y en la cuarta el nivel de satisfacción que le provocan estas actividades.
- **Pida a usuario que valore en una escala del 0 al 10 como se siente.** en donde 0 sería muy mal y 10 muy bien, utilice una hoja de auto-registro diario. Anote su nombre y día.



Empezar a trabajar con la memoria selectiva del usuario, centrarse en experiencias o situaciones concretas.

- Registrar acontecimientos agradables y desagradables para tratarlos en las sesiones.
- Si se encuentran convergencias muy elevadas en actividades y sus emociones asociadas, así como baja sensación de dominio y satisfacción se pueden programar actividades que las contrarresten.

MENCIONAR AL USUARIO:

“La tarea le servirá para saber cuáles son las actividades más importantes y como se encuentra realizándolas”.

II. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.

OBJETIVO: que el usuario organice su día a día, implicándolo en diversas tareas. Se utiliza contra la pérdida de motivación, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas.

Por ejemplo: **“no hago nada bien”**. Esta actividad facilitará que el usuario se implique en actividades que previamente había evitado.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Pida al usuario que estructure en una hoja un calendario en el que anote su nombre y fecha de inicio, posteriormente señalará el día y la hora así como la actividad a realizar y nivel de satisfacción y dominio del 0 al 10 en cada una de las actividades.

Las actividades a programar se encuentran en tres bloques:

1. Cualquier actividad asociada con la satisfacción que nos anime.

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
07.						
08.						
09.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

2. Actividades reforzadoras del pasado pero evitadas desde el momento que sufre el problema.

3. Actividades nuevas sobre las que existe acuerdo entre el usuario y el terapeuta que pueden ser reforzadas o agradables.

4. Explique al usuario que intente hacer esta actividad sin exigirse hacerlo de forma correcta desde el principio, hágale saber el propósito de esta actividad y brinde la confianza necesaria al usuario para que pregunte todas sus dudas y objeciones para no hacerlo.

MENCIONE AL USUARIO:

- ✓ Que si no es capaz de acabar la tarea no debe preocuparse.
- ✓ Planifique solo lo que se debe hacer y no cuanto hacer.
- ✓ Insista al usuario la importancia de hacer la actividad o al menos intentar hacerla sin tener en cuenta el posible éxito o las consecuencias de hacerla.
- ✓ Pida al usuario que busque tiempo cada día para practicar lo que debe de hacer.

Nota al terapeuta:

Trabaje en conjunto con el usuario para diseñar la programación de actividades.

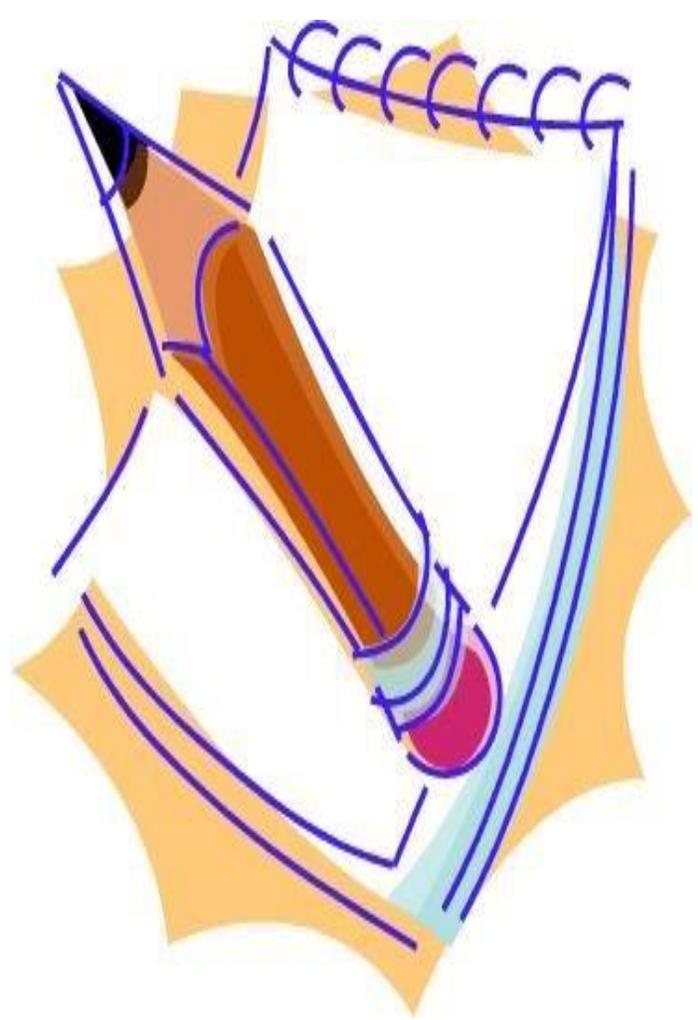


III. DIARIO DE ACTIVIDADES.

OBJETIVO: Escribir logros positivos y objetivos le proporcionará muchas ventajas al usuario, entre ellas poner en palabras lo que desea llevar a cabo, animarlo a conseguir lo que desea y, sobre todo, confiar en sus propias capacidades para obtener lo que se proponga en la vida.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

- **Primer paso:** pida al usuario que guarde un diario de actividades, el usuario anotará cada noche un logro positivo, aunque sea pequeño. Por ejemplo: **“no perdí mi paciencia en una situación difícil”**, **“realice mis trabajos exitosamente”** o **“camine en lugar de manejar”**. El usuario debe mantener esa rutina durante cuatro o cinco días.
- **Segundo paso:** en ese mismo diario pida al usuario que comience una página titulada **“Un logro importante en mi vida”**. Anote todos los logros que recuerde, por ejemplo: **“Obtuve el trabajo que deseaba”**, **“me case y tuve a mis hijos”** o **“terminé exitosamente mis estudios”**. Después le pedirá



felicitarse por haberlos conseguido. Este proceso es útil porque cambia sus actitudes, pensamientos y sentimientos negativos que tiene hacia su persona.

- **Tercer paso:** en otra página el usuario escribirá todas las metas, deseos o sueños que quiera conseguir en un futuro inmediato y que sean concretos, realistas y objetivos. De tal forma que paulatinamente esa imagen positiva irá adquiriendo mayor tamaño, hasta que prácticamente se borre la imagen en la que mostraba su angustia.

IV. MERECIMIENTO POSITIVO HACIA UNO MISMO.

OBJETIVO: Crear en el usuario un auto-concepto racional y aprender a aceptar sus limitaciones no haciendo comparaciones con los demás.

MENCIONE AL USUARIO:

“Imagine que tiene que hacer un inventario de su casa o de una tienda; pues bien, se trata de hacer lo mismo pero siendo usted el objeto que ha de describirse”.

“Para que no pueda confundirse, lo orientare sobre los aspectos que debe especificar, tendrá que emplear el mayor número de palabras que se le ocurran y escribirlas en una hoja, para que le resulte más fácil, ponga del lado izquierdo los atributos negativos y a la derecha, los atributos positivos de sus características personales”.



Señalando los siguientes atributos:

- **Aspecto físico** (nariz, ojos, boca etc.)
- **Relación con los demás** (rencoroso, generoso, etc.)
- **Personalidad** (humor, que le hace enojar, etc.)
- **Como cree que le ven los demás** (buena persona, indeciso, cariñoso etc.)
- **Rendimiento laboral o académico** (podría trabajar más, soy bueno en lo que hago, etc.)
- **Relación de pareja** (dependiente, ansioso, creativo, etc.)
- **Rasgos intelectuales** (leo, me gusta el teatro, me aburro, etc.)

Finalice la llamada diciendo al usuario:

“Se dará cuenta de que cuando empiece a aceptarse y apreciarse por lo que es y por lo que vale, tanto su imagen que tiene de sí mismo, como su autoestima, se verán gratamente incrementadas y podrá sentirse más seguro y confiado de esa manera”.

V. EL ÁRBOL DE MI AUTOESTIMA.

OBJETIVO: Que el usuario reconozca sus propias capacidades, logros y éxitos.

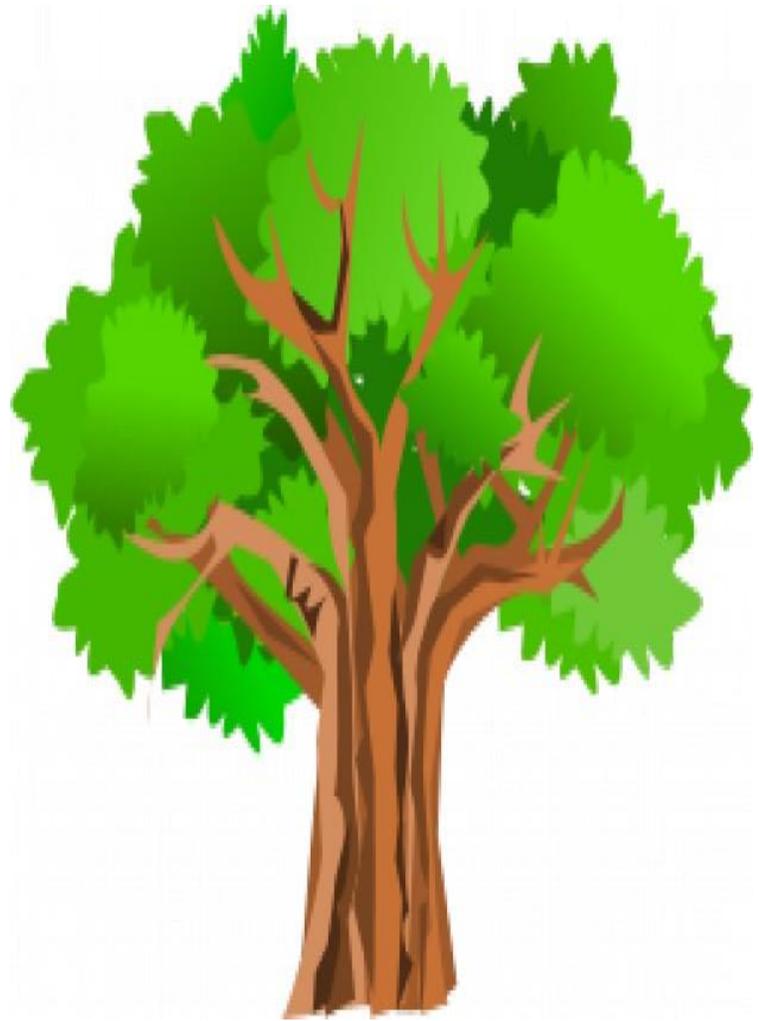
INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Pida al usuario que dibuje en una hoja de papel un árbol, con las siguientes características:

- **En el tronco:** su nombre.
- **En cada raíz:** habilidades y capacidades que crea tener.
- **En las ramas:** logros y éxitos obtenidos.

MENCIONE AL USUARIO:

“Este árbol debe tenerse durante todo el proceso terapéutico, para que puedan añadirse ramas y raíces, que contengan más capacidades y logros que irá descubriendo”.



Al final del ejercicio se preguntará al usuario:

- ✓ ¿Le ha costado trabajo reconocer habilidades y éxitos propios?
- ✓ ¿Qué sentimientos experimento?
- ✓ ¿Qué está dispuesto a hacer para tener más logros en su vida?

VI. CARTAS.

OBJETIVO: el usuario será capaz de expresar sus emociones mediante escribir una carta.

DESCRIPCIÓN:

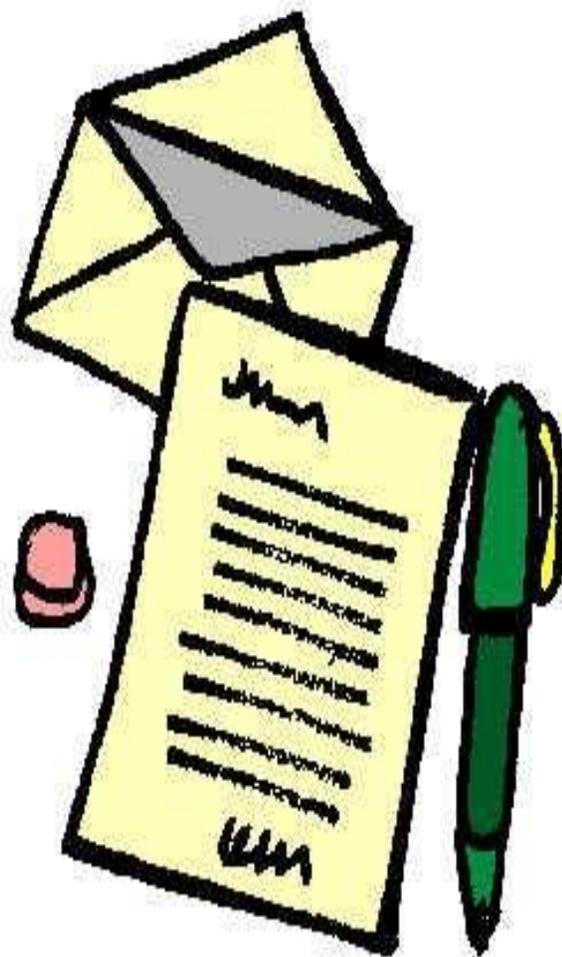
En esta técnica lo que el usuario debe hacer es "mandar" una carta a la persona significativa que le ha herido y en dónde exprese de manera catártica sus emociones.

MENCIONE AL USUARIO:

“En la carta usted debe expresar sus sentimientos y sus derechos”.

“Estas cartas no se mandan, el propósito de estas cartas es expresar sus emociones de manera controlada o en un ambiente que no le causa ningún prejuicio”.

“Señale al usuario que en la siguiente sesión éste tendrá que leerla en voz alta”.



VII. VISUALIZACIÓN PARA LA AUTOESTIMA.

OBJETIVO: ayuda a mejorar la autoestima, a cambiar la forma de relacionarse con los demás y conseguir determinadas metas.

DESCRIPCIÓN: Consiste en imaginar escenas positivas relajando el cuerpo y eliminando de la mente cualquier imagen o pensamiento que pueda distraer.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Para practicar la visualización se debe estar totalmente relajado; el mejor momento es antes de dormir o antes de levantarse por la mañana.

Para lograr la visualización hemos de lograr que esta sea lo más intensa y real posible y para ello echaremos mano de todos los sentidos, los cuales podemos recrear mentalmente.



Así, cuando visualicemos imágenes o situaciones positivas lograremos que estas sean lo más completas y precisas posibles.

Pasos previos:

- Relajarse profundamente en un lugar donde no pueda ser molestado por ejemplo, estirado en un sofá donde repose la cabeza, procurando no tener ningún tipo de incomodidad como frío o calor excesivo.

- Respirar lenta y profundamente, eliminando cualquier signo de tensión que pueda haber, hay que sentir que todo el cuerpo está relajado, sin tensión.

MENCIONE AL USUARIO:

1. “Imagínese a usted mismo alcanzando una meta ejemplo: siempre he deseado estar en una fiesta y ser el centro de atención, imagínese haciendo bromas ingeniosas, saludando y riendo con el resto de invitados, sirviendo bebidas momentáneamente para hablar con la gente, bailando con alguien que le guste, sonriendo y recibiendo sonrisas”.

2. “Imagínese haciendo algo que le guste y que quiera hacer; algo difícil pero estimulante. Incluya las consecuencias positivas de una mayor autoestima, imagínese teniendo éxito en el trabajo, reconocimiento, ascensos, aumento de sueldo, aumento de responsabilidades, etc.”

3. “Imagínese teniendo éxitos sociales y de pareja. Su lenguaje corporal debe ser el de una persona sociable: postura levantada, receptiva a la gente, sonriente, con brazos y piernas extendidos, haciendo gestos afirmativos y tocando a los demás cuando es oportuno”.

4. “Imagínese luchando pero triunfando y después imagínese recibiendo honores y alabanzas. Imagínese gustándose a sí mismo y luego gustando a los demás”.

5. “Imagínese que está muy bien ahora, no se centre solo en el futuro”.



6. Imagínese descubriendo su antigua autoestima, la confianza que alguna vez tuvo y que aún tiene. Siéntase más a gusto y contento consigo mismo. Combine las siguientes afirmaciones con sus visualizaciones:

“Confió en mí”

“Soy una persona competente”

“Hago las cosas lo mejor que puedo”

“Estoy interesado en la vida”

“Me gusto tal como soy”

I. DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO.

OBJETIVO: Interrumpir pensamientos indeseables. Al tratarse de un procedimiento muy elemental, puede conseguirse un buen dominio de la técnica en menos de una semana.



PROCEDIMIENTO:

Paso 1. Numeración y descripción de los pensamientos disfuncionales: pida al usuario que escriba tres o cuatro temas que le preocupen en los que no pueda dejar de pensar.

Cada uno de estos temas debe ser descrito brevemente, con las frases típicas que aparecen en la mente del usuario cuando piensa en dichos temas.

Paso 2. Elaboración de una lista de pensamientos funcionales y agradables. En ese momento se trabaja con el usuario la identificación de tres o cuatro temas cuyo pensamiento le resulte agradable (deporte favorito, aficiones, algún proyecto, un logro o premio, lugar interesante que proporcione sensaciones agradables).

El objetivo de los temas agradables es únicamente redirigir su atención, se le pedirá hacer una descripción de los temas elegidos.

Paso 3. Relajación e implicación en la secuencia de pensamientos disfuncional. En ese momento se induce un estado de relajación y se comienza a pensar sobre uno de los temas problema.

Se comienza con aquel que resulte menos estresante. Se propicia la secuencia de pensamientos en el tema.

Paso 4. Interrupción de pensamientos disfuncionales. En el momento en que el usuario da la indicación de estar inmerso en la secuencia mental, el terapeuta gritará **“ALTO”**.

Paso 5. Inmediatamente. aprovechando el vacío mental provocado por la interrupción en la secuencia de pensamientos desagradables, se dará la indicación de cambiar a uno de los temas agradables elegidos previamente.

Se le indicará que disfrute de esta nueva secuencia de pensamientos, reforzando la escena con indicaciones de sensaciones físicas, emocionales, sonidos, sabores etc. si los pensamientos disfuncionales regresan antes de medio minuto, el usuario lo dirá y el terapeuta gritará nuevamente **“ALTO”**

Paso 6. Repetición del ejercicio.

Se repite en varias ocasiones la secuencia de pasos descrita **(pensamiento disfuncional-ALTO-pensamientos agradable)** si una cadena de pensamiento no se mantiene en la atención se cambiará por otro de los temas problema. Se practica unos diez minutos con distintos temas. El pensamiento agradable tratará de mantenerse alrededor de un minuto.

La práctica debe mantenerse hasta que la palabra **“ALTO”** sea capaz de detener inmediatamente la cadena mental y sea fácil dirigir y mantener la atención en un tema agradable, tranquilizador o interesante. Una vez que se ha conseguido este resultado siendo el terapeuta el que grita **“ALTO”** se pasará a practicar siendo el propio usuario el que grite **“ALTO”** cuando se encuentre inmerso en la cadena mental a eliminar.

Un vez que se ha conseguido parar la secuencia de forma eficaz con esta nueva forma de auto-aplicada, comenzará el proceso de desvanecimiento del estímulo externo (palabra **“ALTO”** pronunciada en voz alta) hasta dejarlo progresivamente en una orden encubierta (la secuencia podría ser la siguiente:

- **Gritar la palabra “ALTO”.**
- **Decir la palabra “ALTO” en voz alta sin gritar.**

- **Decir “ALTO” en voz baja.**
- **Decir “ALTO” en voz muy baja**
- **Por último decir “ALTO” subvocalmente.**

Paso 7. Generalización a la vida cotidiana.

Una vez que se ha conseguido parar las secuencias de pensamientos negativos simplemente con la orden encubierta, el usuario estará preparado para utilizar la técnica en su día a día.

Con el objetivo de reforzar la eficacia del comando subvocal puede asociarse a su emisión una estimulación física paralela que sirva como interruptor adicional. Por ejemplo, puede ser útil llevar a una cinta de goma en la muñeca y darse un golpe con ella a la vez que se dice **“ALTO”**.



II. CAMBIO COGNITIVO.

OBJETIVO: guiar al usuario al cambio de patrones de pensamientos irracionales o negativos comprometiéndose al cambio conductual que permitirán el control de situaciones que facilitan la aparición de ira y celos, que le causan problemas en su relación de pareja.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

MENCIONE AL USUARIO:

Un método efectivo es utilizar los sentimientos como señal o clave, tan pronto como perciba un sentimiento desagradable utilícelo para reflexionar: **“bueno algo está pasando en mi mente”**.

Hágase cualquiera de las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué está pasando por mi mente en ese momento?
- ✓ ¿Qué estoy pensando?
- ✓ ¿Qué me estoy diciendo?
- ✓ ¿Qué es lo que percibo de la situación que provocó este sentimiento?



A continuación tome una hoja de papel y dibuje una línea a la mitad y pregúntese: **“¿Qué está pasando por mi mente?”** y escriba todos sus pensamientos, palabra por palabra en la parte izquierda de la hoja.

El siguiente paso es revisar los pensamientos y preguntarse lo siguiente: **“¿este pensamiento es exacto y realista, o parece ser una distorsión de pensamiento?”**.

El tercer paso es enfrentar el pensamiento. Definir metas realistas, el objetivo final de enfrentar la cognición negativa es reducir el dolor emocional excesivo o innecesario.

Ante los pensamientos escritos usted puede hacer las siguientes observaciones. **“Parece que**



estoy llegando a una conclusión, pero, ¿Cuáles son los hechos concretos?”

Después, escriba una respuesta más realista y racional en la columna de la derecha. Para enfrentar las distorsiones cognitivas es necesario

Pensamientos automáticos

“Nunca encontraré alguien que quiera estar conmigo”.

“No le importo a nadie”.

“Debe estar enojado conmigo”.

“Mi esposa debería saber cómo me siento”.

“No debe dejarme”.

preguntarse antes que nada: **“¿qué tan realista es mi pensamiento?”** después, identifique los hechos reales, compare los pensamientos con la realidad y elabore un pensamiento nuevo más realista, a continuación le daré algunos ejemplos:

Respuestas realistas

“No puedo adivinar el futuro, lo que sí sé es que esta persona no quiere salir conmigo y me siento decepcionado”.

“¿Será cierto? El hecho es que yo quería que mi novio me llamara y no lo hizo, pero eso no quiere decir que no se preocupe por mí, hay muchas personas en mi vida a quienes les importo”.

“Puede estar enojado conmigo, pero también puede ser que exista otro motivo por el que actúe así”

“Quiero que ella me entienda, pero no puede leer mi mente”.

“No quiero que él se vaya y me siento triste y enojada por que lo hace”.

III. EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTAS.

OBJETIVO: que el usuario se exponga a los pensamientos que le hacen sentir celos para que reviva incluso con mayor intensidad estos sentimientos y que estos pierdan su capacidad evocadora de emociones desagradables para que, en último término desaparezcan los sentimientos de celos.

MENCIONE AL USUARIO:

“Va a cerrar los ojos para concentrarse mejor y, a continuación, va a evocar las situaciones que le provocan celos. Intente prestar la máxima atención y concentrarse en ellas como si le sucedieran realmente”.

“No intente distraerse y mantenga la atención en ellos. Mientras, me va a contar con detalle lo que siente y piensa”.



INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Pida al usuario que escriba en una hoja todos los pensamientos que le provocan celos, posteriormente los calificará de acuerdo al grado de celos que le provoca cada pensamiento, esto se realiza pidiéndole al usuario que imagine que el número 0 significa “ninguna ansiedad o inquietud” y el número 100 significa “ansiedad o inquietud extremadamente fuerte” y finalmente se armará una jerarquía de menor a mayor.

Por ejemplo:

Situaciones	Nivel de ansiedad
Que su pareja salga sola.	10
Que su cónyuge mire mujeres / hombres atractivos/os en la T.V. o revista.	20
Que su pareja use ropa sexy.	30
Que su pareja viaje solo/a.	40
Que a su cónyuge la/lo miren en calle.	50
Que su pareja hable con personas del sexo opuesto.	60
Que su cónyuge llame por teléfono a personas del sexo opuesto.	70
Que su pareja se reúna con personas del sexo opuesto.	80
Que su cónyuge haga comentarios favorables a personas del sexo opuesto.	90
Que su pareja abrace a personas del sexo opuesto.	100

Después de hacer la lista el terapeuta y el usuario acordarán en qué punto de la jerarquía comenzará la exposición, lo más recomendable es empezar en el punto más alto aunque en la práctica generalmente el usuario se muestra renuente a realizarlo. El punto de inicio es a menudo el ítem que mayor inquietud le produce, siempre y cuando no sea demasiado bajo en términos de ansiedad.

Si el usuario elige comenzar con un ítem que le provoca ansiedad en un grado de 80 puntos (que su pareja se reúna con personas del sexo opuesto) se le expondrá al ítem seleccionado de forma imaginaria, se le puede exponer al usuario con diferentes ítems relacionados. Esta exposición va seguida por un periodo de prevención de respuesta en la que el usuario evita realizar alguna actividad que disminuya su ansiedad (por ejemplo llamar en ese momento a su pareja para preguntarle con quién está).



En este punto el terapeuta contendrá la ansiedad del usuario y le ayudará a sobrellevarlo más fácilmente distrayéndolo, por ejemplo platicando con él sobre otro tema.

El periodo de prevención de respuesta con el operador durará aproximadamente diez minutos, durante este tiempo la inquietud del usuario producida por la exposición y la urgencia compulsiva derivada se habrán reducido considerablemente. Si la inquietud sigue siendo alta se le seguirá exponiendo al usuario hasta que se produzca una reducción significativa de la ansiedad, se le pide al usuario que no ejecute acciones que disminuyan su ansiedad ni siquiera después de este periodo de tiempo (de diez minutos), se le permiten las llamadas normales por ejemplo para saludar a su pareja, o las acciones específicas para cada categoría que no deben exceder el límite establecido.

Otra opción es establecer que el usuario piense qué es lo que puede estar haciendo su pareja en ese momento; además, se le puede dar la instrucción concreta de pensarlo cada hora. De esta forma, la idea obsesiva de celos se presentará en el usuario con mayor frecuencia de lo habitual.

Ante esta situación, el usuario tenderá a llevar a cabo conductas de comprobación (por ejemplo: llamar por teléfono, revisar correspondencia personal, revisar redes sociales, etc.). Para lograr eliminar dichas conductas, se entrenará al paciente en una serie de instrucciones con el propósito de impedir el comportamiento de comprobación.

Si el usuario menciona que aún tiene dificultades con la prevención de respuestas se le puede ayudar con técnicas que puede aplicar de forma autógena.

IV. DISTRACCIÓN.

La distracción es una estrategia útil para manejar pensamientos, imágenes, etc., que tienden a aparecer en la mente de la persona cuando se encuentra sola o desocupada.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

- ✓ En este caso se le recomienda al usuario que busque una distracción cuando las obsesiones intensas y molestas les atormentan.
- ✓ Uno de los métodos más efectivos de distracción consiste en buscar compañía (de otra persona que no le provoque la ansiedad en ese momento), iniciar una conversación con alguien cercano, hacer una llamada de teléfono a un amigo, etc.

- ✓ Para algunos usuarios algunas actividades menos exigentes como escuchar música o leer pueden conllevar suficiente distracción pero, en general, las actividades más exigentes y activas resultan más efectivas como practicar algún deporte, bailar o contar lentamente hasta 10.



V. EXPOSICIÓN A LA OBSESIÓN.

OBJETIVO: conseguir que el usuario celoso, al pensar en dichas situaciones, reviva, incluso con una intensidad mayor los sentimientos de celos, y que estos pensamientos pierdan su capacidad evocadora de emociones desagradables, para que, en último término, desaparezcan los sentimientos de celos.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Se le pide al usuario que mencione los pensamientos que aparecen comúnmente y que provocan malestar.

En seguida se le dan las siguientes instrucciones:

“Imagine una situación en la que suele aparecer el pensamiento perturbador, imagínelo con tantos detalles como pueda y luego cámbielo por una situación agradable”.



“Ahora va a imaginar un pensamiento perturbador y después un pensamiento agradable y los va a ir alternando”.

“Va a practicar un ejercicio parecido en casa cuando aparezcan los pensamientos perturbadores y lo puede realizar con la ayuda de la alarma de un teléfono móvil, un temporizador o la alarma de un reloj”.

“Colóquela para que suene en dos minutos, póngase cómodo y traiga a la mente el pensamiento al que nos referimos en el punto anterior”.



“Cuando escuche la alarma diga en voz alta **¡Basta!** Y deje libre la mente del pensamiento perturbador, concentrándose en un pensamiento alternativo a este que sea agradable. Intente mantener la mente en blanco 30 segundos, si el pensamiento perturbador vuelve a aparecer diga otra vez en voz alta **¡Basta!**”

“El siguiente paso consiste en controlar el pensamiento sin ayuda. Cuando detecte un pensamiento perturbador va a sustituir el **¡Basta!** Dicho en voz alta con un **¡Basta!** Dicho en voz baja, posteriormente irá sustituyéndolo mentalmente hasta que ya no sea necesario mencionarlo en voz alta”

El último paso consiste en cambiar los pensamientos perturbadores por un pensamiento más realista, a continuación un ejemplo:

Situación: “el celular de mi pareja está ocupado”

Pensamientos automáticos que pueden aparecer:

- ✓ “Está hablando con su amante”
- ✓ “Me está engañando”
- ✓ “No me quiere atender”

Pensamiento realista:

“En este momento debe estar realizando su trabajo y no me puede atender”.

“Está atendiendo asuntos importantes, por esta razón no puede contestarme”.

“En cualquier momento que tenga oportunidad me regresará la llamada”.

“Es importante que se sienta cómodo con las frases que elija, que sean propias y la sienta como suyas. Una vez elegidas varias frases para cada pensamiento perturbador, sustituya el pensamiento perturbador por las frases realistas”.

VI. EXPOSICIÓN A LOS DISPARADORES

OBJETIVO: hacer que el usuario se acostumbre al pensamiento no deseado en presencia del estímulo o disparador.

Si la obsesión es provocada por una situación en particular, se puede usar el disparador como recurso para ayudar al usuario a formar el pensamiento durante la sesión.

Si al usuario le provoca celos el hecho de que su pareja hable por teléfono con una persona del sexo opuesto se le entrenará en evitar realizar alguna conducta o comentario dirigido a disminuir su ansiedad, **por ejemplo:**

“Cuando salgo con mi pareja, me molesta que hable por teléfono con un (a) hombre (mujer)”



Una vez identificada esta situación el operador ayudará al usuario a proponer un plan de acción para evitar una confrontación entre la pareja, mencionando **por ejemplo:**

“Cuando se encuentre en esa situación, evite hacerle interrogatorios exhaustivos a su pareja sobre la persona con la que habló y lo que se dijeron, si su ansiedad aumenta, busque un tema de interés común u otro tema que no se relacione con la llamada que acaba de recibir”

Si al usuario le provoca celos el hecho de no saber qué es lo que su pareja hace mientras no están juntos, y por tal razón le llama cada cierto intervalo de tiempo, el operador puede sugerir que cuente el número de llamadas que le realiza diariamente a su pareja e ir disminuyendo cinco llamadas diariamente hasta realizar una sola llamada durante todo el día.

Si al usuario le provoca celos el hecho de que miren a su pareja, el operador puede sugerir que la siguiente vez que camine junto a su pareja, evite ir mirando a los alrededores tratando de controlar las miradas de los hombres o las mujeres.

Si el usuario reporta que los pensamientos de celos aparecen mientras realiza otra actividad, se le sugerirá que no detenga lo que está haciendo y se concentre aún más en su tarea a realizar.

Esta exposición repetida y prolongada al disparador hace disminuir la ansiedad y tensión del usuario en presencia del mismo, a la vez que la evitación también se reducirá.



VII. IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

OBJETIVO: identificar pensamientos automáticos y trabajar sobre la conexión entre esos pensamientos y las respuestas emocionales.

Al terapeuta:

En esta técnica se debe ayudar al usuario a identificar los pensamientos automáticos que el usuario tiene acerca de su pareja y su relación.

Estos pensamientos automáticos pueden ser tanto positivos como negativos. Sin embargo en la mayoría de las situaciones conflictivas son negativos.



Algunos de los pensamientos automáticos son:

- ✓ “Si me amará pasaría más tiempo conmigo”
- ✓ “Ella solo se preocupa de sí misma”
- ✓ “La relación no tiene futuro”
- ✓ “Nada de lo que hago le complace”
- ✓ “No puedo hacer nada bien”



Enseñando a las parejas a observar sus pensamientos y patrones de pensamiento, desarrollan la habilidad de identificar pensamientos que espontáneamente aparecen en sus mentes.

Sus cogniciones que pueden desencadenar respuestas emocionales y comportamentales que a menudo causan conflicto.

Ya que muchos de los pensamientos automáticos surgen de creencias desarrolladas lentamente a largo tiempo, se corrigen y reestructuran mediante el uso y la identificación práctica. En términos simples, tales identificaciones permiten que los individuos piensen sobre lo que se dicen a sí mismos respecto a una situación o circunstancia.

MENCIONE AL USUARIO:

“Los pensamientos automáticos se definen como pensamientos que ocurren espontáneamente en nuestra mente, sobre ciertas circunstancias de la vida o sobre el entorno”.

“Para mejorar la capacidad de identificar pensamientos automáticos, le pediré que anote en una libreta una breve descripción de las circunstancias que rodean su problema”.

En esta libreta incluirá una descripción de la situación, los pensamientos automáticos que le lleguen a su mente y su respuesta emocional resultante por ejemplo:

“En primer lugar escribiré una situación o hecho relevante por ejemplo: “mi novio gasta mucho dinero de nuestra cuenta”

“En segundo lugar el pensamiento automático y por último la respuesta emocional por ejemplo: “no tiene idea de cómo organizar el presupuesto”

“Y por último la respuesta emocional por ejemplo: frustración, rabia y resentimiento.”

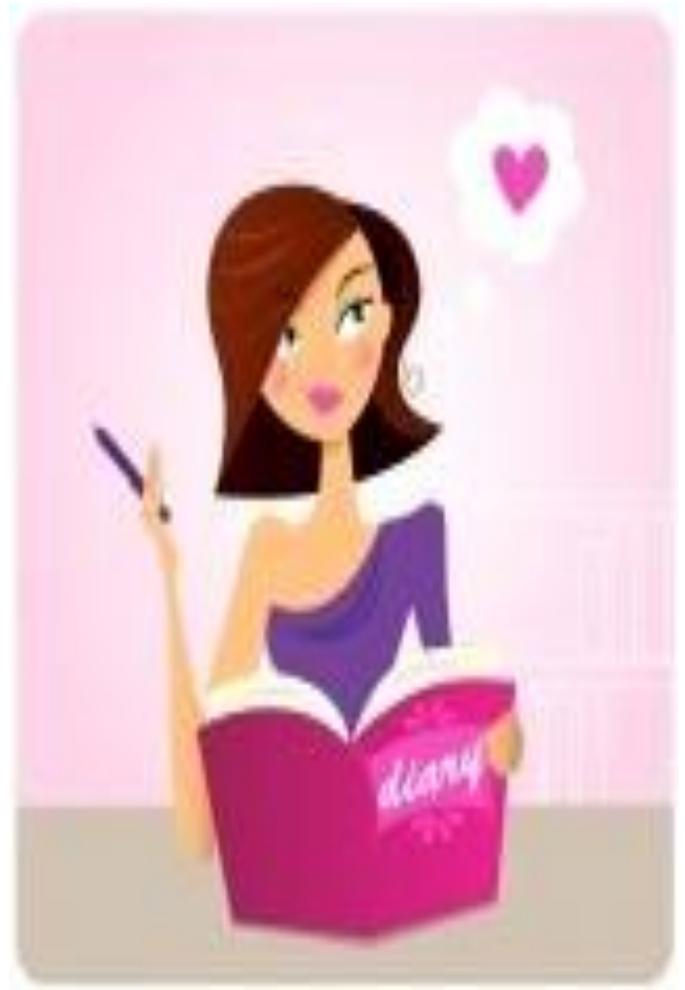
“A través de este registro, se le demostrará al usuario como sus pensamientos automáticos están asociados a respuestas emocionales y como esto contribuye a ver negativamente a la pareja”.

“Una vez que se ha aprendido a identificar los pensamientos automáticos, se trabaja sobre la conexión entre pensamientos automáticos y respuestas emocionales”.

“El uso de esta técnica es importante porque se ha visto que los pensamientos automáticos que dañan una relación son resultado de emociones intensas”.

MENCIONE AL USUARIO:

“Es importante que revise sus diarios e indique las conexiones entre pensamientos y emoción. Ya que se utilizará un método de respuesta alternativo o corrección del pensamiento para producir un cambio emocional”.



I. CONVENCIMIENTO.

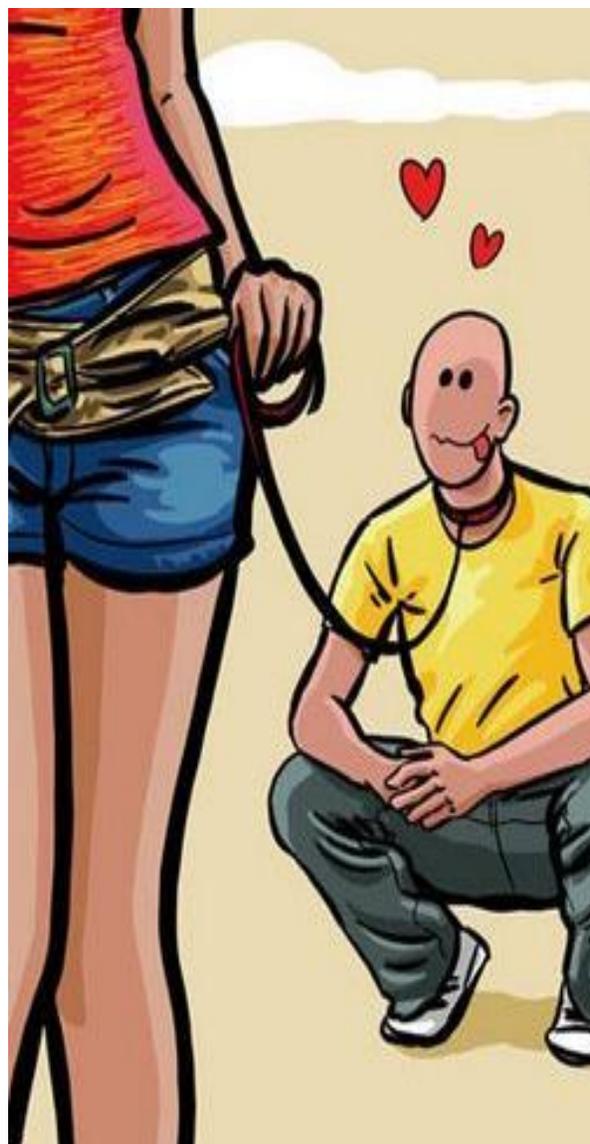
OBJETIVO: Hacer notar al usuario lo desafortunada de su relación de pareja y que éste pueda reevaluar si desea continuar con la misma.

INSTRUCCIONES DEL TERAPEUTA:

- El terapeuta hará un estudio preliminar del dependiente, lo que permitirá conocer la calidad de estas relaciones.
- Obtendrá información sobre las posibles causas de sumisión, entrega excesiva, aferramiento e idealización hacia la pareja.
- Detallar aspectos en que se centra el dependiente para idealizar a la pareja.

Por ejemplo:

- ✓ **Discusiones.**
- ✓ **Continúa amenaza de ruptura.**
- ✓ **Abandono temporal por parte de la pareja.**
- ✓ **Súplica del dependiente para reanudar la relación.**
- ✓ **Nuevas exigencias del miembro dominante con nuevas exigencias y privilegios.**



- Una vez que se es consciente de lo desfavorable que resulta esta relación para el usuario es necesario hacérselo notar, analizando los aspectos que la hacen desfavorable.

MENCIONE AL USUARIO:

“el simple hecho de que usted haya solicitado una intervención indica que se ha dado cuenta de que ha traspasado ciertos límites que ninguna persona debería estar dispuesta a cruzar”.

- Háglele notar que existen maneras para evitar el mantenimiento de la situación y equilibrar la relación para que deje de ser perjudicial.
- Pida al usuario que informe a su pareja que es necesario que este se comprometa a prestarle ayuda para modificar la relación de pareja trabajando ambos para lograrlo.
- Si no hay una respuesta favorable por parte de la pareja del usuario para mejorar la relación y este decide terminar con la misma, habrá ocasiones en las que en reiteradas ocasiones le cause una gran dificultad o incluso le sea imposible de llevar a cabo este paso.

MENCIONE AL USUARIO:

“Si usted está acudiendo al tratamiento es porque se ha dado cuenta de que hay una persistencia de situaciones claramente insatisfactorias en su

relación de pareja, y sabe que su compañero no está dispuesto a cambiar o a ceder en nada, el motivo por el que usted llama solicitando ayuda profesional es buscar ayuda para dar este paso”.

- Para este tipo de situaciones serán necesarias varias llamadas de seguimiento para abordar la situación del usuario, y que este pueda decidir dar el paso para terminar la relación.

MENCIONE AL USUARIO:

“Amar no puede suponer sufrir continuamente es decir; una relación de pareja funciona cuando mejora la calidad de vida de ambos miembros, cuando los dos se sienten más completos y satisfechos”.

INSTRUCCIONES DEL TERAPEUTA:

- Valoremos con el usuario las perspectivas del futuro de una relación que se hará más insoportable con el paso del tiempo.
- En caso de que el usuario opte por evitar estas conversaciones, intentemos centrarlo

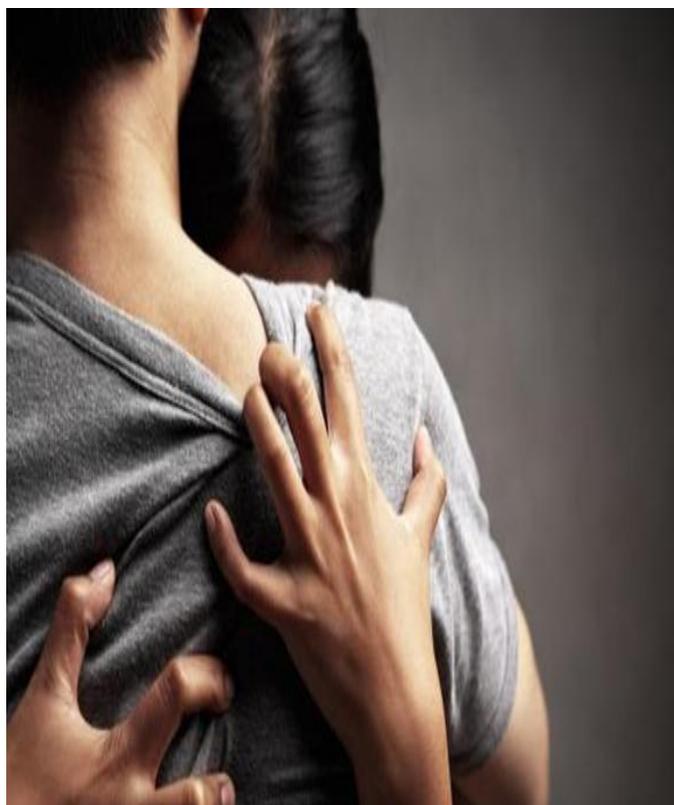
en la cuestión sin que cambie de tema.

- Si el usuario niega la posibilidad de un futuro desolador argumentando que todas las personas pueden cambiar, le confrontaremos con la realidad de una relación de muchos años en las que las cosas solo han cambiado a peor.
- Cuando ha llegado el momento de plantear la posible ruptura, el terapeuta debe mencionar las consecuencias de la misma, una vez que el usuario ha dado el paso de romper con la relación con auténtico convencimiento basándose en el deterioro de la relación y en su análisis exhaustivo.
- Este se encontrará motivado y tendrá fuerzas necesarias para superar el síndrome de abstinencia; es decir podrá sobrellevar los síntomas experimenta un dependiente emocional cuando rompe una relación, por ejemplo:

- ✓ **Nerviosismo.**
- ✓ **Obsesividad con la relación.**
- ✓ **Culpa por la ruptura.**
- ✓ **Recuerdos continuos de los buenos momentos.**
- ✓ **Tristeza.**

- ✓ **Sentimiento de desapego por la vida.**
- ✓ **Falta de capacidad para disfrutar.**
- ✓ **Dificultades de concentración.**
- ✓ **Molestias físicas de diversa índole.**
- ✓ **Deseos continuos de llamar o reanudar el contacto con la ex pareja, etc.**

- Sin embargo se estará trabajando con el usuario en las llamadas subsecuentes para que este pueda afrontarlo y pueda y mirar hacia el futuro con esperanza.



II. AUTO-PROHIBICIÓN.

OBJETIVO: superar el síndrome de abstinencia, una vez que se ha producido la ruptura en su relación de pareja.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

- Determinar intervenciones en el contexto del síndrome de abstinencia como generador del problema.
- Utilizaremos las primeras sesiones para tratar la situación ya que es el momento de crisis, estas intervenciones se tendrán que dar en cortos espacios de tiempo, dedicarse al apoyo emocional, siendo lo más empático posible.
- Sugerir al usuario evitar cualquier tipo de contacto con la ex pareja, justificando esta sugerencia en que de esta forma podrá superar de forma adecuada y rápida el síndrome de abstinencia.



MENCIONE AL USUARIO:

“Si aguanta un cierto tiempo sin contactar con su ex pareja, se dará cuenta de que cada vez se encuentra mejor, le necesitará menos y puede pensar en otras cosas”.

“De no hacerlo, cuantas veces vea o escuche a su pareja después de la ruptura, más tiempo tardará en superar esa situación”.



“Los resultados no se harán esperar, y el dolor y la necesidad irán remitiendo, superando su deseo de retomar la relación, o las ideas continuas de con cualquier excusa contactar a la ex pareja para no tener sensación de pérdida (síndrome de abstinencia) esto no significa que ha superado la dependencia emocional, sino la “adicción” concreta a una relación de pareja determinada”.

“Habrá momentos en que usted podrá auto-engañarse y convencerse de que no pasará nada por llamar a la ex pareja ya que se puede tener una simple amistad”.

“Incluso puede sentir que todo su sufrimiento emocional desaparece rápidamente con una simple llamada de la otra persona, donde había lágrimas, ansiedad y auténtica desesperación se pasa a la tranquilidad y la sonrisa”.

“Sin embargo el cese de los contactos con la ex pareja le contribuirá a que usted pueda superar adecuada y rápidamente esta sensación de pérdida”.

“Cuanto más vea o escuche a la ex pareja después de la ruptura, estará menos centrado y tardará más tiempo en superarlo y labrarse un futuro mejor”.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

- **Para cambiar la situación y que el usuario pueda soportar el dolor transitorio del síndrome de abstinencia, debemos tomar en cuenta la posibilidad de que haya un contacto la forma más frecuente es la relación sexual esporádica.**
- **De producirse esa situación durante el tratamiento, tenemos que hacer consciente al usuario de que con su comportamiento no solo no superará su síndrome de abstinencia, sino que tampoco va a conseguir cambiar a su ex pareja. Inmediatamente después de estas relaciones sexuales esporádicas el usuario tal vez se sienta muy mal, porque además de retomar su soledad se sentirá utilizado.**

- **Y no podrá escapar de su síndrome de abstinencia porque continuará enganchado en la relación y su necesidad se active continuamente.**

MENCIONE AL USUARIO:

“si no consigue romper este círculo vicioso no se podrá superar esta sensación de pérdida, lo cual es algo imprescindible para un curso exitoso del tratamiento”.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

- **Proporcione pautas al usuario para que este pueda negarse al contacto con su ex pareja por ejemplo:**
 - ✓ **Manifestar que está llevando a cabo un tratamiento psicológico.**
 - ✓ **Cambiar de número telefónico.**
 - ✓ **Evitar lugares donde se pueda encontrar a su ex pareja.**
 - ✓ **En caso de que haya hijos en común, o se tenga que dar un contacto imprescindible por ejemplo recoger objetos**

personales o realizar un trámite burocrático, se debe efectuar de la manera más impersonal posible sin perder la cordialidad por supuesto y centrarse en la finalidad que ha motivado el contacto.

- ✓ **Evitar mediante terceras personas (amigos y familiares) efectuar un seguimiento exhaustivo del otro, porque este reaviva su necesidad y obsesión por la pareja.**
- ✓ **Evitar la formación de una nueva pareja, como parte de la superación se sugiere no establecer una relación de “transición” ya que esta solo se usará para mitigar el dolor de dicha pérdida.**

MENCIONE AL USUARIO:

“Seguir este proceso en la terapia será difícil y hasta frustrante porque tal vez usted podrá en algún momento ceder a sus deseos y llamar por teléfono a su ex pareja”.



“El tiempo que dura este sufrimiento emocional es diferente para cada persona y depende de la duración de la relación, si hay contactos que reaviven esta necesidad”.

“Sin embargo habrá que tener paciencia para superar esta etapa para tal propósito será necesario que usted siga alguna de estas sugerencias:”.

- ✓ Retome su vida, es decir reinicie actividades o aficiones que había olvidado por falta de tiempo o por haberse centrado en exceso en su pareja, así como amistades con las que no se ha producido el suficiente contacto.
- ✓ También es válido que se rompa con el pasado y se inicien nuevos proyectos, nuevas aficiones en las que se vaya construyendo algo distinto, algo que le haga pensar por una vez que usted es el centro de su trayectoria y no su relación d pareja.

- ✓ Establecerse propósitos, escribirlos e insistir en el camino a seguir y en la nueva vida que se pretende comenzar libre de la necesidad afectiva, o rememore cómo era realmente la relación que se ha terminado recurriendo a la objetividad esto le será extremadamente útil.
- ✓ Es decir recuerde a su ex pareja y la relación que se mantenía con ella. Suele suceder que en donde antes había menosprecios, desaires, humillaciones e infidelidades ahora se recuerde a un individuo gentil, preocupado o empático a más no poder, por se suelen extraer hechos puntuales de situaciones en los que el comportamiento de su pareja haya sido positivo y elevar a la categoría de habituales o representativas estos comportamientos, tanto de la ex pareja como de la relación que se tenía con ella.

- ✓ Para evitar esa idealización o tergiversación de la realidad, y pueda ser objetivo y recordar esas circunstancias y como se sentía cuando se producían nada mejor que recurrir a fotos de viajes, mensajes de texto, conversaciones guardadas, recuerdos de situaciones en las que se la ha pasado muy mal.
- ✓ Ejercicio físico, se destaca esta actividad porque es una manera muy eficaz de focalizar la atención en algo muy distinto a la ruptura. Además incrementa la satisfacción del sujeto consigo mismo y mejora la disposición a la lucha activa que es parte fundamental de una gestión adecuada del síndrome de abstinencia.



III. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

OBJETIVO: enseñar a los usuarios a generar alternativas y a tomar decisiones implicándose en un proceso de aprendizaje, impide que los usuarios actúen al primer impulso sin tener en cuenta diversas posibilidades que le permitirán una solución más eficaz.

DESCRIPCIÓN:

Esta técnica consta de 5 fases de procedimiento.

1. Orientación hacia el problema. el terapeuta debe detectar las percepciones, estimaciones y creencias del paciente sobre el problema, así como sus reacciones emocionales.



Deberá orientar al usuario a:

- ✓ Aprender a reconocer de forma precisa cuándo aparece un problema y saber adaptarse a la complejidad mayor o menor de éste.
- ✓ Adoptar la postura de que los problemas son inevitables en la vida.
- ✓ Saber identificar y atribuir correctamente la causa del problema.
- ✓ Valorar nuestros problemas como desafíos y no como catástrofes.
- ✓ Desarrollar una actitud positiva o adaptativa ante los problemas, deseando resolverlos en el momento adecuado.
- ✓ Pararse y pensar, no actuar al primer impulso y no evitar los problemas.



2. Definición y formación del problema.

Especificar metas y objetivos realistas.

Descripción de los hechos problemáticos de forma clara y objetiva.

Orientar al usuario para que pueda identificar los posibles obstáculos y dificultades que influyen en que la situación sea un problema.

3. Búsqueda de alternativas.

Buscar la mayor cantidad de alternativas de solución (tormenta de ideas), cuantas más mejor, para ello el terapeuta no debe enjuiciar ninguna **“todas las ideas ofrecidas en un principio son adecuadas a través de la variedad de estrategias o tipo de enfoque, de manera que el paciente puede pensar en un amplio rango de soluciones posibles”**

4. Entrenamiento en la toma de decisiones.

En esta fase el usuario debe identificar aquella solución que va a aumentar las consecuencias positivas y minimizar las negativas al momento de solucionar problemas a corto y largo plazo.

Comparar resultados de cada solución en relación a su estado emocional, tiempo y esfuerzo, y el bienestar personal y social general.

Preparar una solución simple o combinación de soluciones.

5. Puesta en práctica de la solución.

Realizar la opción elegida y evaluar cuidadosamente los resultados consecuentes.

El usuario debe comprobar si hay un ajuste entre las ventajas de solución y las consecuencias de ella.

Si hay ajuste se aconseja al usuario que se refuerce de la manera que considere más adecuada.

Si hay una discrepancia entre metas y consecuencias de ellas se anima al usuario a volver empezar todo el proceso, prestando atención a las posibles dificultades.

Finalmente el usuario aprende a elegir una posible alternativa, la más adecuada en función de su contexto y posibilidades y le motivará para aplicarla comprobando sus ventajas.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Pida al usuario que se pregunte lo siguiente:

Preguntas	Posibles respuestas:
¿Cuál es el problema que tengo que solucionar?	Me siento controlada, sin libertad de acción.
¿Qué tengo que decidir?	Que quiero tiempo para mí.
¿Qué me lo impide?	Tengo miedo de que "X" se enfade.
¿Qué pienso? ¿Qué alternativas tengo? ¿Cómo puedo cambiar lo que estoy pensando? ¿Qué decido? ¿Qué puedo pensar en su lugar?	Hablar con él. Aguantarme. Debo hablar con "X" y decirle cómo me siento, que no es bueno que nos controlemos tanto. Hablar con él.
Y, ¿qué pasa?	Poco a poco lo comprende.



IV. ¿CÓMO DEJAR DE SER CODEPENDIENTE?

OBJETIVO: ayudar al usuario a buscar equilibrio en las acciones, favores o comportamientos que muestra ante las demás personas.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Sugiera al usuario que practique el siguiente ejercicio, que le ayudará a darse cuenta si se está comportando de una manera codependiente. Pida que lleve a cabo las siguientes instrucciones:

MENCIONE AL USUARIO:

“Tome una hoja de papel y trace una línea vertical que la divida en dos”.

“Como encabezado de la hoja escriba el nombre de alguna persona cercana a usted con la que su comportamiento hacia ella es codependiente o crea serlo”.



“En la columna de la izquierda anote **“dar”**, y en ella enliste todas las acciones que realizó por esa persona el mes pasado, ya sea que se las hubiera solicitado directamente o no. Al final de cada una de las acciones, ponga la letra **“P”** si le resultó placentero realizarlas, o la letra **“R”** si llegó a sentir algún tipo de resentimiento por tener que hacerlas. Esto es con la finalidad de que usted pueda distinguir fácilmente las emociones que se encontraban presentes”.



“En la columna de la derecha anote “recibir” y en ella hará un lista de todas las acciones que esa misma persona hizo por usted, ya sea que se las hubiera solicitado directamente o las haya realizado por iniciativa propia”.

“Si su lista se desequilibra hacia el lado “dar” es decir, si usted ve que está haciendo más cosas por la otra persona que las que ella hizo por usted, entonces ponga especial atención, ya que podría estar haciendo hasta lo imposible por ganar la aceptación de los demás, especialmente de esa persona”.

“Si se da cuenta de que usted trata mejor a los demás que a sí mismo, o que usted es tratado mal y eso le ocasiona resentimiento, entonces considere la posibilidad de que sea una persona codependiente”.

“De la lista que realizó anteriormente, analice y decida si:

- ✓ Usted se está entregando libremente, o si se trata de alguna obligación tácita que le ocasiona resentimiento.
- ✓ Decida si realizó esas acciones para evitar posibles consecuencias negativas como enfado, enojo, amenazas, llanto, chantaje, culpa, etc. por parte de esa persona, o si las acciones que hace por ella son desinteresadas y libres de consecuencias negativas.
- ✓ Investigue los motivos internos. Si usted ya dio el primer paso y aceptó su codependencia, no tenga miedo y penetre en su interior tratando de encontrar los motivos que originaron su comportamiento.

- 
- ✓ Ahora trate de llegar al origen de ese problema. Piense desde cuando pudo haberse originado y ante quienes surgió. Tal vez este proceso pueda resultarle sumamente doloroso y laborioso, pero valdrá la pena hacerlo y se verá beneficiado.
 - ✓ Detenga su conducta habitual. Si da a los demás cuando no lo desea, o si siente resentimiento cuando lo hace, entonces deberá encontrar una manera de detener sus conductas.
 - ✓ Empiece por reafirmar su autoestima; esto lo podrá hacer visualizando todas aquellas escenas que le producen satisfacción o que le hagan sentir bien.

“**Por ejemplo:** véase a usted mismo comprando, practicando algún deporte o alguna actividad que le guste, yendo al cine o al teatro, reparando el coche o cuidando el jardín”.

“Para que esto funcione es importante que usted se acepte e intente que ese bienestar que siente se convierta en una experiencia real en su vida”.

“No lo vea como una posibilidad lejana, sino como algo que puede sentir en el presente”.

“Con este ejercicio usted podrá corregir y mejorar su autoestima. Imagine escenas en las que se sienta seguro, animado, confiado, extrovertido, atractivo y capaz”.

“Ahora respire profundamente e imagínese dándose un cálido y relajante baño disfrutando del tacto tibio del agua y de la fragancia perfumada del jabón en ese momento usted se dice: merezco disfrutarlas”.

“Vístase con ropa limpia, se siente limpio y a gusto. La ropa le queda bien, mírese al espejo y sonríase mientras se peina el cabello”.



“Coma lo que le gusta, abra el refrigerador: dentro encontrará aquella comida que tanto le gusta, mientras saborea lentamente lo que ha preparado, diciéndose: **“Cuido de mí mismo. Me quiero”**”.

“Salga a la calle, puede dar un paseo por el parque y saludar a las personas que conoce y vaya encontrando. Si no se atreve basta con que sonría. La respuesta será inmediata”.

“Puede decirse **“estoy muy bien, me siento muy bien”**”.

“Después vea aquella película que hace tiempo quería ver”.

“Siguiendo este ejercicio usted podrá ver que su autoestima se va reafirmando día a día”.

- ✓ Aprenda a quererse y a valorarse lo suficiente, como para no depender del cariño y la aprobación de los demás como única fuente. Fíjese metas claras

y objetivas a corto plazo y hágase de todos los recuerdos disponibles para alcanzarlas.

- ✓ Si decide cambiar comuníquelo a las personas de su entorno. Su cambio no solamente le costará esfuerzos, dedicación, tiempo y muchos deseos de dejar atrás esos comportamientos codependientes sino que además tendrá que enfrentarse al rechazo y la resistencia de los demás. Por lo tanto, es necesario que a cada una de las personas involucradas les haga saber que está tratando seriamente de cambiar su forma de actuar. Deberá ser muy fuerte y estar preparado para recibir respuestas negativas, o por si tratan de chantajearlo, manipularlo o sabotearlo.
- ✓ Adquiera un comportamiento asertivo adecuado y refuércelo. Practique en su casa y con sus amigos diciendo **“no”** a requerimientos intrascendentes.

- ✓ Un buen comienzo podría ser negarse a realizar actividades que antes usted hubiera hecho para evitar problemas.
- ✓ Aprenda a actuar ante el enfado de los demás. Si cuando surge algún conflicto usted se siente presionado o con culpa por expresar sus puntos de vista, o los sentimientos que esto le causa, manténgase firme en su decisión y no ceda si su postura es razonable. Serena y firmemente sosténgase y no haga nada más allá de lo desee hacer.
- ✓ Confíe en usted mismo. Puede hacer que las cosas cambien de manera positiva para usted, y no tendrá que vivir con resentimiento y dolor. Si decide dar, que sea porque realmente lo desea en ese momento, sin que el miedo lo motive, ni que su necesidad de ser querido o de proteger prevalezcan en usted.



V. HABLAR FRENTE AL ESPEJO.

OBJETIVO: el usuario identificará lo bueno que posee, comprenderá como convertir las voces internas críticas de culpa y desvalorizaciones en voces de autoafirmación e identificar lo bueno que puede hacer por el mismo.



INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA

- Pida al usuario que se detenga frente a un espejo y hable consigo mismo acerca de sentimientos o hechos que acaban de ocurrir, identificando voces internas negativas e irracionales que podrá reemplazar por aspectos positivos.

MENCIONE AL USUARIO:

“Estas voces internas son aquellas cosas que nos decimos, como nos comportamos hacia nosotros de tal modo que provoca sentimientos positivos o negativos”.

“Me gustaría que recuerde alguna situación en la que a veces se culpa o se crítica”.

“Escriba algo que se dice cuando es duro con usted mismo”.

“Dese algunos minutos para pensarlo, y entonces autoverbalice: “¿nos decimos muchas cosas feas, no?””.

“Siempre me sorprende diciéndome: pida que mencione algún pensamiento negativo”.

“Ahora para que usted pueda cambiar esas voces internas negativas:

- ✓ Pensará en nuevas palabras.
- ✓ Pensará en sentimientos y recuerdos positivos.

“Meditando en las formas como nos culpamos, nos criticamos y nos comportamos, aprenderemos a transformar una voz interna antipática en una voz interna positiva y alentadora”.

Para lograrlo propóngase hacer seis cosas positivas:

1. Elija algo solo con el fin de divertirse, todas las veces que pueda (salir a bailar, ver tv, escuchar música, ir al cine etc.).
2. Dese un pequeño placer todos los días. Puede ser cualquier cosa baste con que le guste.
3. Perdónese por algo que hizo en el pasado.

4. Haga al menos una cosa cada día para su cuerpo (hacer ejercicio, comer saludablemente, dejar algún hábito etc.).
5. Encuentre personas en las que pueda confiar y hablar y deje que sus sentimientos guíen su elección.
6. Elija la compañía de personas con las que se sienta seguro, a las que le quieren lo suficiente para escucharle y tratar de comprender como se siente.



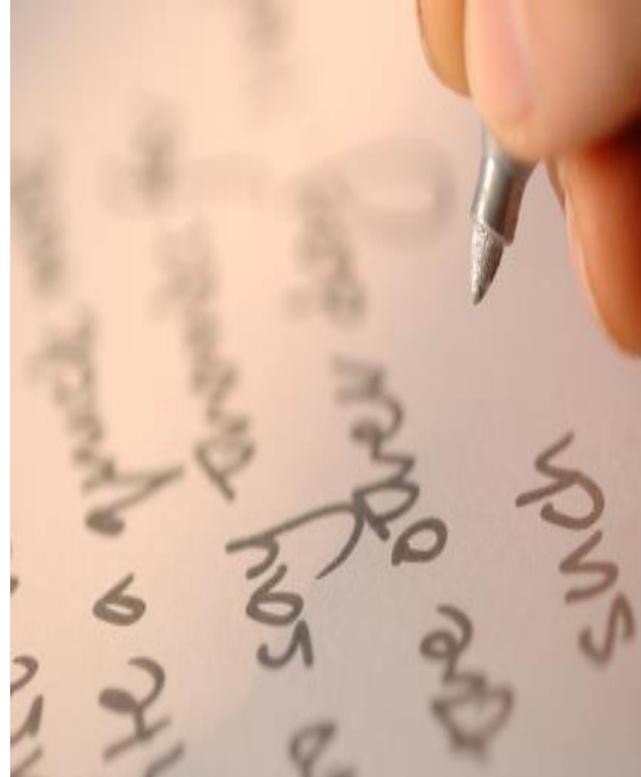
I. PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES.

OBJETIVO: las actividades ayudarán al usuario a probar la validez de las ideas acerca de sí mismo y comprobar la relación entre la actividad realizada y su estado de ánimo así se dará cuenta de que puede experimentar, al menos cierto grado de placer.

MENCIONE AL USUARIO:

“A continuación realizaremos una lista de actividades que le gustaba hacer antes. ¿Podría mencionarme algunas cosas que disfrutaba hacer?” (Y se elabora una lista).

“Ahora realizaremos otra lista de actividades que le gustaría hacer pero que, actualmente no puede realizar porque se encuentra deprimido”. (Se realiza una segunda lista).



“A continuación va a numerar cada actividad de la lista con números entre el 0 y el 5, donde 0 significa menos “dominio o agrado” y 5 “más dominio y agrado”.

“Posteriormente elegiremos las actividades que le resulten más fáciles de realizar y las acomodaremos en un horario que hará usted mismo para que las practique la siguiente semana, puede empezar con una actividad por día”.

“Las tareas se irán acomodando de acuerdo a su complejidad.

Una vez que llegemos a las tareas difíciles las dividiremos en pequeños pasos, que irá practicando entre cada lapso de llamadas que realice”.

Al terapeuta

Si el usuario llegase a sentir que es imposible realizar la tarea, se le ayudará con la práctica en la imaginación, en la que se imaginará realizando la tarea y la irá describiendo verbalmente, si surge un problema u olvida algún paso, el operador le ayudará mediante preguntas como:

✓ **¿Qué puedes hacer para...?.**

El pedir al usuario que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea, le obliga a prestar atención a los

detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso. También ayuda a identificar posibles **“obstáculos”** (cognitivos, conductuales o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea.

El operador identificará y desarrollará soluciones para esos problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada.

Lo más importante son los cambios cognitivos que se producen durante la realización de las tareas y después, al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias depresivas (ej. **“soy incapaz de hacer algo bien”**)

Debemos eliminar sus pensamientos contraproducentes mediante preguntas: Ej., si un usuario se autoevaluó con una destreza igual a cero en su tarea de cortar el césped o de limpiar su cocina, ayudarle a ver lo que hizo bien, preguntándole:

- ✓ **¿hizo algo bien?**
- ✓ **¿cómo lo vieron otras personas?**
- ✓ **¿cómo lo vería si ese trabajo lo hubiera hecho otra persona?**

En las tareas graduales, si dice “no puedo”, proponerle “**vamos a hacer un experimento**” y **fijar objetivos modestos y graduales.**



Nota al terapeuta:

Es importante que se asegure de que el usuario ha comprendido qué tareas tiene que hacer y cuál es su utilidad.

II. PLAN DIARIO DE ACTIVIDADES.

OBJETIVO: ayudar a organizar al usuario para combatir el letargo y la apatía.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Pida al usuario que dibuje en una hoja un tabla con tres columnas, en la primer columna del lado izquierdo se anotará hora por hora el plan que desea cumplir cada día, la segunda columna llevará el nombre **“por realizar”**. Aunque se realice solamente una parte del plan. No es necesario que sus planes sean detallados.

MENCIONE AL USUARIO:

“Escriba una o dos palabras por línea para señalar lo que le gustaría hacer como por ejemplo: vestirse, almorzar, bañarse etc. No debe exceder los cinco minutos en escribirlo”.



“La última columna llevará el nombre “realizado”. En estas casillas se anotará una palomita en las actividades que se realizaron. El resultado puede ser igual al que se planeó o diferente, no obstante, aunque sólo haya estado mirando la pared o acostado en su cama deberá anotar en la columna **“por realizar”** y continuará a palomearlo **“Una vez realizado escribirá la letra H en cada actividad que amerite una habilidad como cepillarse los dientes, preparar la comida, ir a la oficina, conducir el coche etc. y se anotará la letra P en las actividades que**

producen cierto placer tal como leer un libro, ir al cine, comer, etc. una vez asignadas las letras procederá a calificarlas, estimando el nivel de placer real o el grado de dificultad utilizando una escala del 0 al 5”.

“Por ejemplo podría poner H1 en las actividades fáciles como vestirse, mientras que H4 o H5 indicarán que hizo algo más difícil y audaz como por ejemplo dormir mucho o solicitar un empleo”.

“Cuando planifique su día, desarrolle un programa equilibrado que incluya actividades de recreo agradables así como de trabajo. Si se está sintiendo melancólico, tal vez desee dedicar más tiempo a la diversión, aunque dude de que pueda disfrutar de las cosas tanto como de costumbre”.

“Si usted adopta este programa, verá que su motivación aumenta. Cuando comience a hacer cosas, empezará a desaprobar su convicción de que es incapaz de funcionar eficazmente”.

“Utilice este plan diario de actividades durante una semana como mínimo. Cuando examine las actividades en las que participo durante la semana anterior, verá que algunas le han proporcionado una mayor sensación de habilidad y placer, como indica la puntuación más alta”.

“El seguir planificando cada día, le ayudará para programar un mayor número de actividades, siempre tomando en cuenta las que no le causen mayor satisfacción”.



III. DETENCIÓN DE PENSAMIENTOS.

OBJETIVO: moderar la intensidad y frecuencia de pensamientos negativos o disfuncionales.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

MENCIONE AL USUARIO:

Frases del tipo: **“No podré hacer bien mi trabajo”**, **“Nunca le caeré bien a nadie”**, intensifican el proceso depresivo y generan ansiedad.

Estos pensamientos le pueden predisponer a tener baja autoestima y a desmotivarle en las cosas que hace o que quiere hacer. Por esta razón es importante que aprenda a detener su pensamiento.

Detener los pensamientos a tiempo evita el choque con la ansiedad. Si detiene su coche en el momento adecuado, evitará toparse con el vehículo que tiene enfrente, ¿no? Pues lo mismo sucede con los pensamientos.



Rara vez un pensamiento se queda solo en nuestra mente, lo más común es que a un pensamiento le suceda otro, y luego otro, y luego el primero sigue generando otro más.

Los pensamientos negativos se producen rápidamente y a mayor cantidad de pensamientos, mayor dificultad para detenerlos. Así que ante el primer pensamiento negativo actúe rápido o chocara.

La detención del pensamiento consiste en volver de espaldas el pensamiento negativo. Si no le gusta esa carretera tome otra. Si piensa que hará mal su trabajo, busque sus virtudes rápidamente, no siga maltratándose,

así lo único que hará será chocar con la ansiedad, el agobio y la generación de nuevos pensamientos negativos. Haga un esfuerzo, si piensa que nunca va a caerles bien a las personas, piense en actos que podría hacer para conocerlas. Siempre que tenga un pensamiento negativo sígalo de un positivo. Como se puede dar cuenta la detención de pensamientos requiere de cierto control mental. Al principio le puede costar un poco de trabajo, sin embargo lo puede conseguir.

Le daré unos ejemplos de pensamientos negativos que cambiaremos a pensamientos positivos:

- ✓ **“Soy un desastre” vs “Si me esfuerzo tendré éxito”**
- ✓ **“No puedo soportarlo” vs “Preocuparse no facilita las cosas”**
- ✓ **“Me siento desbordado” vs “Esto no va a ser tan terrible”**
- ✓ **“Todo va a salir mal” vs “Seguro que lo lograré”**

Detener el pensamiento conlleva tiempo, no lo olvide. Que esta solución no se convierta en una nueva obsesión para usted, es decir, al no conseguirlo, se le vuelva en su contra. Necesita entrenamiento. Necesitará fallar en la detención de su pensamiento varias veces para controlarlo de manera más segura. Incluso, habrá ocasiones en la que los pensamientos sean tan negativos, que crea que no logrará detener su pensamiento, no se preocupe siga intentándolo. La cuestión radica en que es demasiado complicado detener un pensamiento y que éste no vuelva a aparecer nunca más. Volverán a aparecer, no lo dude, pero con menor intensidad, o quizás, con la misma fuerza, pero estará mejor entrenado y los controlara.



I. RELAJACIÓN Y EXPRESIÓN DE EMOCIONES.

OBJETIVO: que el usuario exteriorice las emociones negativas que le provoca su expareja para ayudarlo a sobreponerse a la pérdida y llevarla a un buen fin.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Se le pide al usuario que tome asiento y se quite todo lo que le apriete como anillos, pulseras, relojes, sujetadores del cabello, cinturón, etc.

Se le indica con voz pausada:

“Por favor cierre sus ojos, comience a soltar su cuerpo y relájelo, no cruce los pies ni las manos; comience a respirar lento y profundo vamos a hacer cinco respiraciones a su tiempo”.

“Sienta su respiración (se repite tres veces la instrucción)”.



“En este momento va a crear su propio espacio de seguridad, un lugar protegido, donde podamos ir cada vez que lo necesitamos”.

“Un lugar cómodo, confiable, en donde es usted mismo, donde hay amor, respeto, confianza y paz, salud, felicidad, justicia, verdad, nobleza, gratitud; donde es usted mismo, ese lugar es de su total agrado, está decorado como a usted le gusta, con los olores, las texturas y colores que más le agraden, este lugar está protegido y nadie más que usted puede entrar”.



“En ese espacio se siente cómodo, relajado (guardar silencio unos segundos), empieza a recordar algunas cosas, del momento actual de su vida, cosas o situaciones con su pareja, empieza a recordar la sensación que experimento la primera vez que se besaron, la ilusión de estar con él o ella, del amor sentido, déjese invadir por esa emoción (guardar unos segundos de silencio)”.

“Empiece a recordar los problemas que tenían, sus discusiones, la manera en que le habla, el tono, las palabras que usa”.

“Estas palabras suelen ser elementos que duelen, hieren y no nos permiten crecer, que de alguna u otra manera las recordamos constantemente. Dese cuenta qué sensaciones hay en este momento en su cuerpo, identifique qué sentimientos están surgiendo con estas sensaciones, puede ser coraje, tristeza, rencor, resentimiento o simplemente dolor, déjese sentir las, que fluyan a través de usted (guardar unos segundos de silencio)”.

“Respire lento y profundo y con esas sensaciones empezará a regresar poco a poco, dese su tiempo, respire lento y profundo y con estas sensaciones poco a poco está regresando, respire lento y profundo, regresa al aquí y al ahora”.

(Repetir instrucción tres veces; las instrucciones se darán respetando el ritmo y tiempo del usuario. El tono de voz utilizado es suave y pausado)

Una vez que el usuario esté listo abrirá los ojos y entonces se dará oportunidad para que exprese las emociones que experimentó en la relajación-sensibilización.

DESPUÉS MENCIONE AL USUARIO:

“Recuerde que las emociones negativas que guardamos nos hacen mucho daño dentro y si las sacamos ya no lo harán más”.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Se le pedirá al usuario que defina con una palabra cómo se siente y para cerrar el ejercicio se le pedirá que a la cuenta de tres coloque a un lado el teléfono, levante sus brazos y los baje inclinándose, una vez en esta posición dará un grito muy fuerte.

Es importante que el usuario exprese lo que siente puesto que la intención de la ayuda es cumplir con el compromiso de explorar los sentimientos; si llegará a darse el caso de que el usuario se negara a pesar de la advertencia se le dejará en claro que si esa es su decisión se acepta, sin embargo debe aceptar la responsabilidad de no querer trabajar sus sentimientos y que si su decisión es quedarse con lo que está fluyendo dentro de sí es responsabilidad suya y del compromiso consigo mismo.



II. LA FOTOGRAFÍA

OBJETIVO: que el usuario exprese las emociones que le provoca la persona fallecida y evoque un sentimiento de confort que le provocaba su presencia en vida.

PIDA AL USUARIO:

- “Elija una fotografía de la persona ausente y obsérvela detalladamente. Trate de hacer un recuento de su vida, hasta el momento de su partida. Intente simpatizar con todo lo que vivió tratando de recordar sus alegrías y tristezas”.
- “Véala como un ser humano con virtudes y defectos, no lo magnifique ni lo eleve a un estatus irreal”.
- “Realice un repaso de todas las experiencias y emociones agradables que compartió con ese ser querido, y simplemente déjese llevar”.



- “El objetivo es crear un espacio placentero al que pueda acudir cuando lo requiera y encontrar la paz y la tranquilidad que lo ayuden a soportar el dolor que le causa la pérdida”.
- “Es posible que usted pueda sentirse mejor poco a poco, tendrá días en los que se sienta mejor que otros y esto es totalmente normal”.

Ahora pregúntese al mirar la fotografía:

- ✓ ¿Comienzo a sentirme mejor?
- ✓ ¿Pienso en él o ella sin sentir ya esa sensación de dolor?
- ✓ ¿Le recuerdo con ternura y agradecimiento por lo vivido juntos?
- ✓ ¿Puedo darle sentido a lo vivido en estos meses o años que ha durado mi tristeza por haberlo perdido?
- ✓ ¿Entiendo que el amor no se acaba con la muerte?

“Tomarse un momento para reflexionar sobre estas preguntas viendo esa imagen le permitirá encontrar un significado, aprender de las pérdidas y experiencias difíciles además de poder evaluar su estado de ánimo”.

“Una vez reconfortado por esa imagen, intente retomar el control de su vida nuevamente. Haga cambios en su proyecto de vida, pero ahora sin la presencia de esa persona. Resuelva los conflictos que su partida le dejó, desde los económicos hasta los sociales y los afectivos”.

“Aunque no es tarea fácil, venza el miedo de volver a empezar, no intente hacer todos los cambios en un solo día, tómese su tiempo, no permita que nadie lo presione”.

“Cada vez que sienta que no puede más o que la tristeza lo paraliza, refúgiase en el espacio que creo en su mente, hasta recuperar la tranquilidad que necesita para continuar”.

“Busque el apoyo de parientes y amigos. En poco tiempo vera que no solo el recuerdo de esta persona ya no le resulta doloroso sino que disfrutará pensar en ella, y que además obtuvo fortaleza interna para sobrellevar los problemas que debió afrontar después de la partida”.

“Eso aumentará su confianza en usted mismo y cada vez que tenga que enfrentar un nuevo reto ya no se paralizará, puesto que sí pudo salir airoso de esa experiencia tan dolorosa nada lo detendrá”.

III. LA SILLA VACÍA

OBJETIVO: dar la oportunidad de expresar las emociones y sentimientos de dolor, enojo, amor etc., que habían estado reprimidos; es de alguna manera, cerrar el círculo pendiente con aquella persona ausente.

MENCIONE AL USUARIO:

“En la tranquilidad de un lugar que usted haya seleccionado previamente coloque dos sillas frente a frente y tenga a la mano una fotografía de la persona, o algún objeto que le haya pertenecido, además de una fotografía suya y un objeto que lo represente a usted”.



“En esta técnica se le pedirá hablar de lo que siente, de su dolor y de sus emociones y siempre que lo haga deberá estar sentado en la misma silla, sosteniendo su fotografía o el objeto, después póngase en el lugar del fallecido y, desde esa perspectiva, exprese lo que creé que él habría dicho; deberá cambiar de silla y sostener la fotografía o el objeto de la persona ausente”.

“Inicie el relato sobre su relación con la persona ausente y su vida en común, hasta el momento en que lo vio por última vez o cuando se enteró de su partida”.

“Manifieste todos los reclamos y resentimientos que tenga en relación con la de él, y deje fluir los sentimientos negativos que calló por largo tiempo”.

“Después, siéntese en el lugar de la persona ausente y responda las reclamaciones que anteriormente usted le hizo y exprese también los asuntos pendientes que tenía con usted”.

“Cuando los reclamos terminan, en el papel del ausente usted agradece, perdona y envía un mensaje positivo a usted mismo. Es importante que sean palabras de verdadero aliento y liberación”.

“En esta última fase, cambie de silla y vuelva a ser usted mismo y reconozca las cualidades de la persona ausente, los afectos que sentía por ella, sienta la ternura y el agradecimiento así como el perdón incondicional, para finalmente despedirse diciendo “adiós”.



IV. RETOME SU VIDA Y SIÉNTASE MEJOR.

OBJETIVO: que el usuario tome conciencia de los errores que ha cometido en el pasado para que se abra la posibilidad de elegir un mejor futuro.

MENCIONE AL USUARIO:

Si se encuentra en una situación de divorcio considere las siguientes alternativas de solución:

- **Que no lo atormente la culpa.** Ignore la presión social de que usted es una persona fracasada por no haber mantenido una relación amorosa.
- **Assuma su responsabilidad en lo ocurrido.**

En lugar de atormentarse por las causas de su ruptura, o de ponerse en el papel de la víctima, analice cual fue su participación.



- **Reconozca sus fallas y trate de analizar objetivamente** cual fue su aportación para que el suceso tuviera su desenlace.
- **Aprenda de sus errores.** Al analizar qué es lo que hizo incorrectamente en su relación pasada, porque lo hizo y cuáles fueron los motivos que lo llevaron a actuar de esa manera, se dará cuenta de los comportamientos, pensamientos, creencias y actitudes que debe modificar para no repetirlos, y romper ese círculo vicioso que le trae problemas en sus relaciones afectivas.
- **No se repita patrones de selección.** Pregúntese porque eligió a su pareja, que atributos vio en ella, qué le hizo tomar la decisión de casarse. Algunas personas tienden a repetir patrones

de conducta aprendidos en la infancia.

■ **Explore sus sentimientos y la manera en que los expresa.**

Cuando amamos profundamente a alguien, no siempre pensamos como transmitirle lo que sentimos.

■ **No asuma el papel de víctima.**

Muchos individuos se muestran como inválidos emocionales o dependientes económicos con objeto de manipular a sus familiares y amigos, pero cuando esta estrategia deja de funcionarles no solo pierden el apoyo y la solidaridad de los demás sino que les será más difícil conseguir su independencia emocional, afectiva, económica, social, etc.

■ **Detecte sus carencias afectivas y satisfágalas usted mismo de forma adecuada.**

Muchas veces solo demandamos lo que necesitamos y no nos percatamos de lo que les hace falta a los demás.

■ **Revise su autoestima.**

Normalmente, después de un divorcio esta se ve afectada. Con el siguiente ejercicio puede “revisar su autoestima” para hacerlo comience por escribir las siguientes oraciones y complete cada una con sus terminaciones:

✓ Siento que poseo integridad principalmente cuando...

✓ A veces disminuyo mi integridad cuando...

✓ Me gusto más cuando...

✓ Me gusto menos cuando...

✓ Cuando no actúo de acuerdo con mis parámetros me digo...

✓ Para mí sería más fácil vivir de acuerdo con mis parámetros si...

“Recuerde: si se traba, invente no se permita decirse que no puede hacerlo, ¡si puede! Solo se trata de que se resuelva a hacerlo, o no”.

“Cuando haya realizado el ejercicio tómese unos minutos para meditar sobre las terminaciones que ha dado a sus oraciones”.

Ahora dígame:

¿Qué sentimientos le despiertan?

¿De qué se ha dado cuenta?

¿Qué aprendió?

“Muchas veces tendemos a respetarnos menos, nos limitamos a denigrarnos y castigarnos y respetarnos menos deteriorando nuestra autoestima”.

“Nuestro sentido de sí mismo no se forma en un momento. Se desarrolla con el tiempo”.

“Si deseamos tener una autoestima más elevada. Será preciso conectarnos con nosotros mismos”.

■ **Tome el control de su vida.**

Después de haberla compartido, parece difícil aprender a estar solo; por tanto es conveniente que tome un tiempo para reflexionar y elaborar un nuevo proyecto de vida en el que se contemple solo (o con hijos si los tiene) y sin el apoyo de su anterior pareja.

Póngalas en orden de importancia y planee como puede llevarlas a cabo y hágalo. Al final verá que usted no necesitaba de alguien más para realizarlas. Haga lo mismo para el presupuesto familiar, la crianza de los hijos, etc. Recuerde que cuanto antes empiece a resolver su situación, mejor y más rápida será su recuperación.

- **No se involucre inmediatamente en otra relación afectiva.** Como usted se encuentra muy vulnerable en esos momentos, no es prudente que inicie una nueva relación amorosa, ya que se puede caer en viejos patrones destructivos o confundir sus sentimientos (soledad por amor).

- **Mantenga estrecho contacto con amigos y parientes.** Los hombres y las mujeres se adaptan mejor a su nueva situación si se sienten queridos, apoyados y estimulados por amistades, familiares o la comunidad.



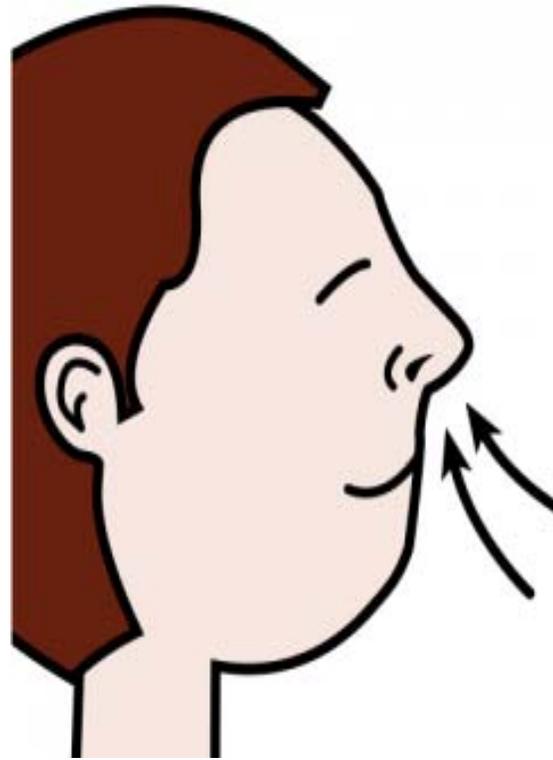
I. CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

OBJETIVO: facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Estas técnicas presentan la ventaja de su fácil aprendizaje y de que se pueden utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica.

INDICACIONES AL TERAPEUTA:

Antes de comenzar el aprendizaje de estas técnicas es conveniente generar las mismas condiciones buscar un ambiente silencioso y en penumbra, evitar estímulos distractores, etc. así, la persona se situará en una postura cómoda y con los ojos cerrados.

La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos, seguidos del mismo periodo de descanso. Cada ciclo se repetirá al menos tres o cuatro veces, o hasta que el usuario aprenda a realizarlo correctamente.



INDICACIONES AL USUARIO:

1º Ejercicio: Inspiración abdominal

El objetivo de este ejercicio es que usted dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. Para ello, coloque una mano encima del vientre (por encima del ombligo) y otra encima de su estómago. Si realiza el ejercicio correctamente debe percibir movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no en la del estómago.

Al principio este ejercicio le resultará difícil ya que no se suelen tener unos hábitos correctos de respiración pero en diez o veinte minutos puede llegar a dominarse.

2º Ejercicio: Inspiración abdominal y ventral

El objetivo es que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones. Pida al usuario situarse en la posición del ejercicio anterior y, una vez que se haya llenado la parte inferior de sus pulmones, debe llenar también la zona media. Ahora se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la mano situada en el vientre.

3º Ejercicio: Inspiración abdominal, ventral y costal

El objetivo de este ejercicio es desarrollar una inspiración completa. El usuario, se colocará en la posición del ejercicio anterior, debe respirar marcando tres tiempos en su inspiración: llenando de aire primero la zona del abdomen, después la del estómago y por último la del pecho.

4º Ejercicio: Espiración

Se pretende que el usuario sea capaz de hacer más completa y regular la respiración. El usuario, colocado en la postura de entrenamiento, realizará una inspiración completa tal y como se indica en el 3º ejercicio. Después, para espirar, se cierran bastante los labios de forma que se produzca

un breve resoplido al salir el aire, provocando así una espiración pausada y controlada.

El ruido que produce el aire es un indicador para el sujeto sobre si está realizando correctamente el ejercicio. También se le indica que levante un poco los hombros para ayudar a exhalar el aire de la zona superior de los pulmones.



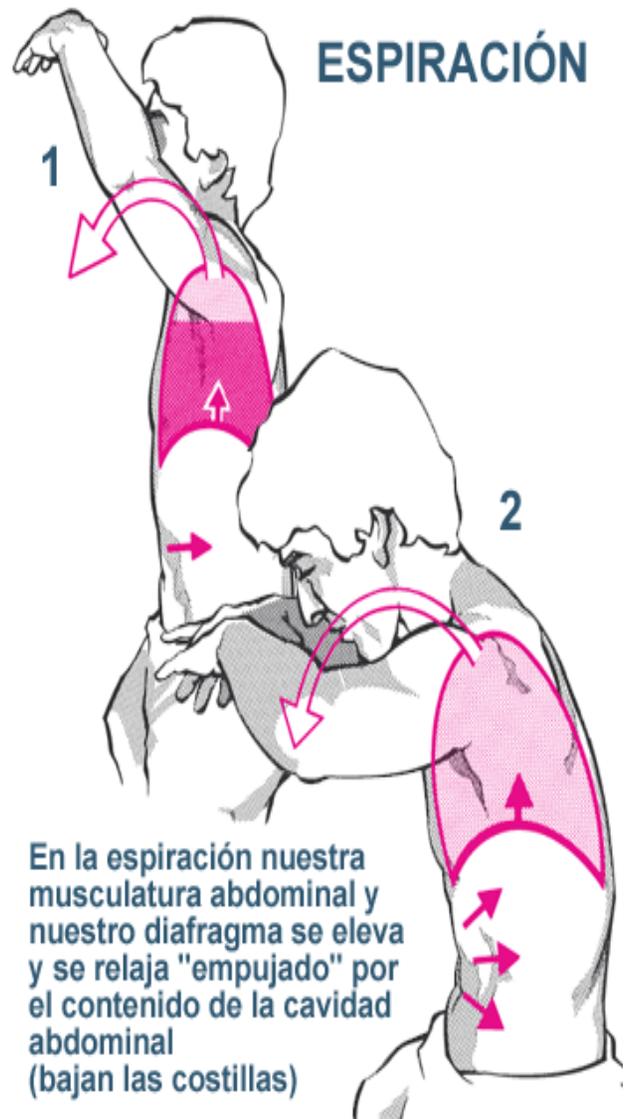
5° Ejercicio: Ritmo inspiración- expiración

Con este ejercicio se trata de aprender a utilizar las técnicas de control de respiración en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión. Para ello, se van repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de la práctica.

Primero se van cambiando las posiciones; sentado, de pie, andando, etc. también se alteran otras condiciones como por ejemplo, tener los ojos abiertos, realizar otra tarea de forma simultánea, etc. finalmente modificamos las condiciones ambientales: ruidos, presencia de otras personas, etc. es importante ir graduando la práctica en orden de dificultad creciente.

Resulta conveniente la práctica de estos ejercicios en el medio habitual del sujeto, tratando de integrarlos en su vida cotidiana, especialmente durante el periodo de aprendizaje.

Una vez que la persona ya controla su respiración, estas habilidades se pueden aplicar en cualquier situación de la vida cotidiana, especialmente en aquellas que generan altos niveles de activación.



II. MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES.

OBJETIVO: identificación para el afrontamiento efectivo y la modificación de pensamientos disfuncionales o inapropiados.

DESCRIPCIÓN:

Se confeccionan listas de pensamientos alternativos que podrían ser más adaptativos o relevantes para cada una de las consecuencias importantes en que puede descomponerse cada situación conflictiva.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Se presta especial atención al entrenamiento en autoinstrucciones que puede servir de guía para poner en marcha estrategias más adecuadas en cuatro momentos específicos de afrontamiento de la situación.

MENCIONE AL USUARIO:

Preparación para enfrentarse al estresor: Para combatir el pensamiento negativo asociado y recalcar la planificación que requerirá el afrontamiento.



Por ejemplo:

- ✓ ¿Qué tengo que hacer?
- ✓ Solo he de pensar en lo que sé que tengo que hacer y no en si me estoy poniendo nervioso.

Estas instrucciones van encaminadas a ayudar al usuario ha centrarse en los requisitos específicos de la tarea o estresor:

“Concéntrese en lo que tiene que hacer y no en otros aspectos que no son relevantes o le interfieren”.

Confrontación con el estresor.

“El objetivo es controlar el estrés reafirmar que uno puede abordar la situación interpretar los signos de estrés que van apareciendo de manera constructiva, reforzar el uso de afrontamiento entrenadas como la relajación o habilidades específicas permanecer centrado en la tarea o situación por ejemplo:

- ✓ No tengo que pensar en mi estrés sino en cómo tengo que abordar esta situación o problema.

MENCIONE AL USUARIO:

“Vaya paso a paso y divida al estrés o la tareas que pueda manejar no lo aborde globalmente”.

Sugiera autoverbalizar:

- ✓ La tensión o malestar que siento me sirven de recordatorio de que puedo enfrentar esta situación y poder dominarla, ahora me relajo, respiro y sigo adelante.

Afrontamiento de las sensaciones o estrés o malestar si se producen.

Este tipo de autoinstrucciones han de permitir poner en marcha estrategias que permitan afrontar el momento que puede ocurrir en una situación como sentirse abrumados desbordado

o sin control. Han de servir como guía para centrarse en lo que está ocurriendo, aceptar los pensamientos y esperar a que disminuyan y a aprender a tener cierto control incluso si siente lo peor.

“Si comienza a sentirse nervioso o alterado haga una pausa y respire profundamente; valore el estrés en una escala del 0 al 10 y fíjese como cambia”.

“Trate de concentrarse en lo que puede hacer para mantenerse en la situación o para reducir el malestar, relájese y vaya despacio, no trate de eliminar el estrés totalmente trate simplemente de reducirlo y mantenerlo en unos niveles aceptables, etc.”.

Las autoinstrucciones han de permitir evaluar lo que realmente le ayudo o lo que no, en qué nivel pudo poner en marcha las estrategias entrenadas la utilidad de las estrategias utilizadas para afrontar el estresor, reconocer y valorar los avances aunque sean pequeños, reforzarse y felicitarse por el intento.

SUGIERA AL USUARIO QUE AUTOVERBALICE:

“No ha sido tan malo como esperaba, he afrontado la situación bastante bien con la estrategia utilizada, creo que he progresado en el abordaje del problema, aunque sé que todavía puedo mejorar, lo he hecho bastante bien”.

III. MODIFICACIÓN COGNITIVA.

OBJETIVO: Enseñar al usuario a pensar de manera más realista, identificar el modo en que ciertas cogniciones acentúan o provocan angustia.

PROCEDIMIENTO:

Se examina de manera retrospectiva los pensamientos, creencias y suposiciones producidos durante un episodio típico de angustia y ansiedad.

Se recuerdan vívidamente la primera y última crisis de angustia, una discusión detallada de estas dos experiencias.

El terapeuta intenta determinar la secuencia de angustia idiosincrática del paciente y descubrir los pensamientos catastróficos poco realistas, se cuestiona de manera implícita y explícita la validez de estas cogniciones.

Una vez que el paciente tome conciencia de la importancia de las cogniciones para producir y alimentar esta crisis de angustia, está en posición de volver a evaluar la validez de dichas cogniciones, y en última instancia cuestionarlas.



Se emplea el registro de pensamiento para identificar con rapidez los pensamientos del paciente, examinar su validez y desafiarlo a responder con pensamientos más racionales.

Se le proporcionan una lista de 10 distorsiones, interpretaciones erróneas o tipos de ilógica de las cogniciones, al identificar las distorsiones el paciente puede corregir la conclusión ilógica mediante sustituirla de manera más racional.

Quitar la aparición de catástrofe a la situación junto con el usuario, pregunte al usuario:

¿Qué sucedería si sus peores temores se hicieran realidad?

¿Sería en realidad tan malo como se le imagina?

Eliminar la apariencia de catástrofe reduce en gran medida la necesidad del paciente evitar las situaciones relacionadas con la angustia.

IV. RESPIRACIÓN PROFUNDA.

Las técnicas de respiración son útiles para cualquier tipo de trastorno de ansiedad.

PROCEDIMIENTO:

- 1.** El terapeuta explica al usuario los beneficios probados científicamente de la respiración profunda para controlar la ansiedad.
- 2.** El terapeuta expone su razonamiento de la técnica:
 - “Cuando somos bebés respiramos de una manera adecuada (respiración diafragmática): inhalamos mucho aire hasta llenar nuestro cuerpo y luego lo soltamos todo”.
 - “Sin embargo, poco a poco vamos aprendiendo a respirar de forma cortada, para que no se vean todos esos movimientos del estómago que se producen cuando respiramos profundamente”.



- 3.** El terapeuta instruye al usuario para llevar a cabo la técnica:
 - “Por eso necesitamos reaprender a respirar adecuadamente al menos en aquellos momentos en que queramos sentirnos tranquilos”.
 - “Siéntese y relájese. Coloque su cuerpo “derecho” pero relajado y cierre sus ojos lentamente”.

“Inhale (tome aire) durante siete segundos, mientras infla su estómago con ese aire... si está respirando adecuadamente, su estómago se infla como una bolsa cuando la soplan...”

“Si está respirando incorrectamente, entonces sube los hombros y su estómago permanece plano. No tiene que hacer un gran esfuerzo para tomar aire, hágalo de manera tranquila y natural”.

“Exhale (suelte el aire) lentamente, también en siete segundos, mientras infla su estómago, y después lo soltará, siente hasta desinflar por completo su estómago”.

“Relájese y disfrútelo”.



4. El terapeuta motiva al paciente a practicar la respiración profunda de forma cotidiana (en tareas del hogar) y ante situaciones con altos niveles de ansiedad, ya que muchas se utilizan en problemáticas relacionadas al estrés y angustia.

V. PENSAMIENTOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.

OBJETIVO: Crear una lista de pensamientos para afrontamiento del estrés. Estos pensamientos pueden llegar a interrumpir el circuito formado por las emociones dolorosas.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Para entender bien cómo funcionan, es preciso tener en cuenta los cuatro componentes de toda respuesta emocional, que se enumeran a continuación:

- 1. Situación que actúa como estímulo:**
- 2. Respuesta física:** su sistema nervioso autónomo origina síntomas tales como temblor de manos, tensión en el estómago, sudor, palpitaciones, ligero dolor de cabeza etc.
- 3. Respuesta conductual:** usted intenta afrontar la situación disculpándose marchándose lo antes posible.
- 4. Pensamientos originados:** sus interpretaciones de la situación, predicciones y autoobservaciones son las que crean las emociones.



MENCIONE AL USUARIO:

“Su propia interpretación del incidente, la influencia que piensa que va a tener en el futuro y sus comentarios interiores sobre su valía personal son elementos que determinan e intensifican las emociones que se sentirá”.

Si usted se dice a sí mismo:

“no lo voy a hacer bien”
“Soy demasiado nervioso y desorganizado”



Probablemente su respuesta fisiológica a tales pensamientos consistirá en sudor, temblor y sensación de un miedo en el estómago. Al notar esas reacciones de su organismo, es posible que piense:

“Estoy aterrorizado, no puedo hacer esto”

Estas afirmaciones interiores, a su vez aumentan, la sintomatología física y la tendencia a tomar decisiones poco acertadas.

De ese modo se forma un círculo constituido por pensamientos que inciden sobre las respuestas físicas y conductuales, las cuales generan pensamientos negativos, cerrándose con ello el círculo que permanece ininterrumpido conduciendo a un estado de estrés crónico.

Sus pensamientos no tienen porque aumentar su miedo; al contrario pueden actuar como tranquilizante ante un estado de tensión, calmándole y haciendo que desaparezca la sensación de pánico.

El círculo formado por pensamientos de respuestas que acabamos de describir puede actuar tanto en

contra suya como a su favor.

Los pensamientos de afrontamiento del estrés informan a su organismo que no hay ningún motivo de alarma; puede permanecer relajado. En medio de cualquier situación estresante puede formularse interiormente una serie de razonamientos que le sirvan para vencer el miedo.

Por ejemplo:

“Debes estar tranquilo...”

“Ya te has encontrado con esto otras veces...”

“Ahora relájate...”

“Realmente no puede hacerme daño (él/ella)...”

Cuanta más atención preste a su monólogo de afrontamiento, antes se liberará de su tempestad fisiológica de síntomas y de lo que se describe.

Ahora le proporcionaré una lista de pensamientos de afrontamiento y le pediré que los aprenda de memoria:

PREPARACIÓN:

“No hay de qué preocuparse”

“Estaré bien”

“Ya he hecho esto bien otras veces”

“¿Qué es exactamente lo que debo de hacer?”

- “Sé que puedo hacer cada una de estas cosas”
- “Es más fácil una vez que se ha empezado”
- “Lo superaré y estaré bien”
- “Mañana ya lo habré pasado”
- “No dejes que te invadan pensamientos negativos”

CONFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN ESTRESANTE:

- “Organízate”
- “Hazlo paso a paso, no corras”
- “Puedo hacerlo, lo estoy haciendo”
- “Solo tengo que hacerlo lo mejor posible”
- “A la mínima tensión que sienta, tengo que aplicar mis ejercicios de afrontamiento”
- “Puedo pedir ayuda si la necesito”
- “Si no pienso en el miedo no lo sentiré”
- “Si siento un poco de tensión, haré una pausa y me relajaré”
- “No hay nada malo en cometer errores”

AFRONTAMIENTO DEL MIEDO:

- “Ahora relájate”
- “Respira profundamente”
- “Más tarde o más temprano esto se acabará”
- “Presta atención ahora en lo que tienes entre manos”

- “Puedo mantener este asunto dentro de los límites que yo puedo controlar”
- “En cualquier momento puedo llamar a...”
- “Estoy asustado porque he decidido estarlo, también puedo decidir lo contrario”
- “He sobrevivido otras veces a esto y a cosas peores”
- “Permaneciendo activo disminuirá el miedo”

REFORZAMIENTO DEL ÉXITO:

- ✓ “Lo conseguí”
- ✓ “Hice bien”
- ✓ “La próxima vez no tendré que preocuparme tanto”
- ✓ “Puedo relajar la tensión”
- ✓ “Tengo que contarle esto a:”
- ✓ “Es posible no estar asustado; todo lo que hay que hacer es dejar de pensar que uno lo está”

Es posible que algunos de los pensamientos de afrontamiento que le hemos mostrado le sean de utilidad, pero probablemente sean los que escriba usted mismo.

Memorice unos cuantos de cada una de las estrategias del proceso de afrontamiento: preparación para el estrés, enfrentamiento con el

problema, sensación del miedo y autofelicitación. Haga las frases de modo que le resulten significativas y cámbielas cuando empiecen a perder efecto. Tenga la lista a la mano: pegue algunos de los pensamientos que le sean más útiles en la mesita de noche, en el fregadero de la cocina, en un bolsillo interior de su cartera, etc.

MENCIONE AL USUARIO:

“Algunas de las personas tienen miedo de tentar a la suerte si se felicitan a sí mismo por su progreso. Estas personas abrigan la superstición de que las autorecompensas causan el desastre. Lo que ocurre es que están atribuyendo al destino o a la suerte parte de la responsabilidad de sus éxitos”.

“Atribuirse el afrontamiento de los problemas significa aceptar la responsabilidad de que el funcionamiento de las cosas depende de uno mismo así como el poder para limitar las emociones dolorosas”.



VI. RELAJACIÓN MUSCULAR.

OBJETIVO: el usuario aprenderá a disminuir los estados de tensión de los estados de distensión para regular mejor su atención emocional.

Nota al terapeuta

De una explicación comprensible de estos aspectos al usuario y anímele a buscar un momento del día en el que pueda llegar a relajarse profundamente sin dormir.

MENCIONE AL USUARIO:

El entrenamiento en relajación muscular no elimina automáticamente el estrés sino que ayuda a reducirlo.

Pida al usuario poner su teléfono en altavoz o en función de manos libres para realizar el ejercicio.



Empezaremos a continuación:

“Póngase cómodo. Si lo desea cierre los ojos y deje que su cuerpo se vaya concentrando en las sensaciones que van a venir a continuación...”

“Comenzaremos por su brazo derecho. Centre su atención en el brazo derecho...Apriete el puño y sienta la tensión que se genere en los dedos, en el antebrazo y en todo el brazo...”

“Mantenga esa tensión unos segundos, hasta que sea capaz de sentirla bien...Y hora suelte toda la tensión del puño, suéltelo todo y de forma brusca. Y concéntrese en la sensación de relajación que ocurre en la mano derecha, en el antebrazo y en todo el brazo...”

“Centre su atención en esa sensación. Una sensación de ligereza o de pesadez, puede que note incluso un ligero hormigueo o un poco de calor...eso está bien. Quizá note que



el brazo se queda blando, flojo,
suelto”

“Eso es la relajación muscular:
permítase sentir esas sensaciones
agradables...”

“Ahora vamos a tensar de nuevo los
mismos músculos. Apriete de nuevo el
puño derecho, lo suficiente como para
sentir la tensión de nuevo, de forma
brusca. Siempre vamos a soltar la
tensión de forma brusca, ya que de
ese modo podemos aprender antes a
distinguir las sensaciones de tensión de
las sensaciones de relajación...”

“Ahora el brazo, el antebrazo y la
mano se han relajado. Han quedado
blandos, flojos suaves”

“Deje que su respiración se haga
suave y rítmica, sin forzar. El aire
circula de forma suave y llega hasta su
abdomen. Trate de respirar con la
parte baja de los pulmones, de forma
suave y rítmica, sin forzar.”

“Ahora vamos a tensar el puño
izquierdo. Tense con fuerza suficiente
para notar la tensión en el antebrazo y
en todo el brazo izquierdo...suelte la
tensión. Deje que se relaje la mano, el
antebrazo y todo el brazo
izquierdo...Concentre su atención en
las sensaciones de relajación que se
producen: la pesadez, la flojedad, la
suavidad...todas estas sensaciones
pueden producirse en el brazo y en la
mano.”

“Permita que aparezcan estas
sensaciones inofensivas y
relajantes...quizá haya notado que al
tensar el puño izquierdo también se
tensaban otras zonas de su cuerpo,
incluido el brazo o el puño derecho.
Esto es normal, sobre todo al principio.
Pero es importante que preste atención
para que sólo se tense aquella zona
del cuerpo que queremos tensar. Es
importante que aprenda a mantener
relajadas el resto de zonas de su
cuerpo mientras no desee sentir la
tensión en esas zonas. Más adelante
será muy útil que aprenda a mantener
la relajación de ciertos músculos
mientras tense otras zonas de su
cuerpo.”

“Repetimos de nuevo la tensión en el
puño izquierdo...Y soltamos la
tensión...”

“De nuevo sentimos la relajación en
nuestro brazo...El brazo izquierdo se
queda suave, blando, flojo, libre de
tensión...Y la respiración continúa
suave y tranquila, sin forzar. Una
respiración abdominal, suave y
tranquila, sin forzar.”

“Ahora vamos a tensar los músculos
de la cara. Esto es un poquito más
difícil pero con la práctica irá saliendo
mejor. Para tensar todos los músculos
de la cara tenga en cuenta que debe
tensar la frente, los párpado, el
entrecejo, la nariz, los labios, la
mandíbula y la lengua. De momento,
vamos a tensar sólo la frente. Para ello,
trate de elevar con fuerza las



cejas...elévelas... suelte la tensión...Y suelte la tensión...la frente se queda suave y blanda, libre de tensión...

“Tense ahora los párpados. Apriételos. Sienta la tensión suave en los ojos...y suelte la tensión. Los párpados se relajan, quedan sueltos y casi no se sienten...

“Tense ahora los párpados. Apriétalos. Siente la tensión suave en los ojos...y suelte la tensión. Los párpados se relajan, quedan sueltos y casi no se sienten.

“Tense de nuevo los párpados...y suelte la tensión...

“Tense ahora el entrecejo y la nariz, como si pusiera cara de asco...sienta la tensión en el entrecejo y en la nariz... Y suelte la tensión...Note como se relaja esa zona de su cara. Queda suave y blanda, sin tensión...Tense de nuevo el entrecejo y la nariz...Y suelte la tensión...

“Tense ahora la mandíbula y la lengua, apretando los dientes y empujando la lengua contra el paladar. Sienta la tensión en los dientes y los labios...Y suelte la tensión...La lengua queda blanda, floja, sin tensión. Tense de nuevo la mandíbula y la lengua...suelte la tensión...

“Ahora la cara se ha relajado. También los brazos. Y la respiración es suave, tranquila y profunda. Sin forzar...

“A continuación, vamos a relajar el cuello. Para tensarlo puede intentar tocar con la barbilla el pecho o si, esta acostado, puede empujar la cabeza contra el colchón. Tense ahora el cuello. Sienta la tensión...y suelte la tensión...concentre su atención e la sensación de relajación y bienestar que se va acumulando...La respiración tranquila y suave, los brazos relajados, la cara relajada y ahora también el cuello relajado...

“Para tensar los hombros vamos a tirar de ellos hacia atrás, como si intentásemos tocar hombros entre sí por la espalda. Tense ahora los hombros...sienta la tensión...y suelte la tensión. La espalda parece relajarse. Tense de nuevo los hombros...y suelte la tensión...Los músculos quedan blandos y suaves...relajados.

I. CONTROL DE ENOJO

OBJETIVO: dominar la ira y mantener la calma ante un evento conflictivo.

MENCIONE AL USUARIO:

Es normal sentirse enojado, frustrado, cuando se tienen problemas, las cosas no salen como usted quiere o se siente amenazado, traicionado o humillado.

Pero la rabia, la cólera y la frustración no justifican una respuesta violenta o que la desplace a otras más vulnerables. La rabia, la cólera es una emoción fuerte que es difícil de dominar, pero solo nosotros tenemos la capacidad para controlarnos, dominar la ira y mantenernos siempre calmados y serenos ante cualquier situación de conflicto o frustración.

Cuando está enojado, con rabia y se descontrola, probablemente sienta que sus músculos se tensan, su pulso se acelera, siente como un nudo en la garganta o “mariposas” revoloteando en su estómago, tiene la respiración agitada, tiembla, se ciega, no



escucha, no ve nada, no razona, no piensa. Todo lo ve negro. Da paso a la ira y actúa impulsivamente, sin lógica ni razón.

Puede reducir la cantidad de adrenalina responsable de que su corazón lata en forma más acelerada, su voz se escuche más fuerte y su puño se apriete, haciendo lo siguiente:

Cierre por un momento los ojos, tome lentamente, aire por la nariz y respire profundo, concentrándose en su respiración. Expire el aire por la boca, lentamente.

Trate de imaginar que está en una playa, en un lago, o en cualquier lugar en donde se sienta calmado y en paz. Intente otros pensamientos o acciones que le hayan ayudado a relajarse en el pasado.

Concéntrese y repítase a sí mismo:

- ✓ **“Calma”...**
- ✓ **“Mantén la calma”...**
- ✓ **“Estoy calmado”...**
- ✓ **“No necesito probarme a mí mismo nada”.**
- ✓ **“No necesito demostrar que soy el más fuerte, que yo tengo que dominar la situación”.**
- ✓ **“No le voy a seguirle el juego a él/ella”.**
- ✓ **“Puede ser que yo no tenga la razón”.**
- ✓ **“Puedo controlarme...”**
- ✓ **“Puedo pensar...”**
- ✓ **“Estoy tranquilo...”**
- ✓ **“No voy a caer en el juego...”**
- ✓ **“Todo tiene solución...”**

Aléjese inmediatamente del lugar y busque alguna forma de descargar la tensión (camine, hable con alguien desahóguese). Haga un esfuerzo para que drene su furia, su ira sin arremeter contra nadie.



II. MANEJANDO LA IRA.

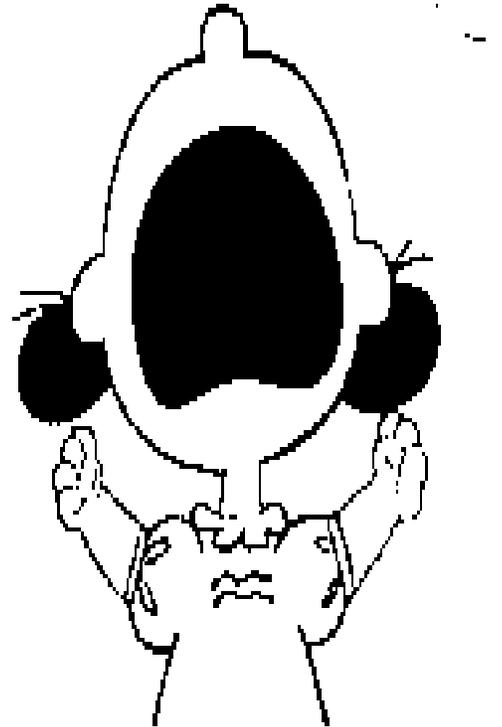
MENCIONE AL USUARIO:

No tiene que probar ni demostrar nada a nadie...

- RELÁJASE
- CONTRÓLESE
- ESCUCHE
- PIENSE
- NEGOCIE
- LUEGO ACTÚE

Veamos como puede lograrlo:

1. Analice la situación.
2. Considere las consecuencias.
3. Piense antes de actuar
4. Busque primero en usted, la causa de sus tensiones, de su malhumor.
5. No discuta o pelee delante de otras personas. Los asuntos se deben de discutir en privado, lejos de espectadores y curiosos.
6. No necesita exhibirse ante los demás como el más fuerte, el que domina y manda, el más poderoso.
7. No trate de imponer su voluntad, sus deseos. Póngase en el lugar de la otra persona.
8. Razone. Pregúntese a sí mismo si realmente te provocaron o es usted el que provoca la crisis.



9. Trate de encontrar una explicación neutral o positiva sobre lo que esa persona hizo para provocarle.

10. Hable, dialogue, sin exaltarse, sin insultar, sin desmerecer, sin agredir.

11. Escuche sin interrumpir, espere que la otra persona exponga sus motivos. Escuche no solo con los oídos, observa el tono de voz, los gestos, las actitudes, los sentimientos y emociones.

12. Que su meta sea desafiar el conflicto o el problema y no a la persona.

13. Trate de ponerse en el lugar de la otra persona.

14. Aprenda a reconocer qué le altera y qué tan furioso le hace sentir.

15. Aprenda a pensar en los beneficios que puede obtener controlando su cólera y las consecuencias que le trae perder el control.

16. Antes que todo, permanezca sereno y piense.

17. Solo usted tiene el poder de controlar su propio comportamiento. No permita que la ira le controle.

18. Recuerde, la violencia agranda el conflicto crea odios y resentimientos en la mayoría de las veces, irreconciliables.



III. BOSTEZO

INDIQUE AL USUARIO:

- Cierre los ojos.
- Aspire aire contando hasta 10.
- Expire contando hasta 10.
- Sienta el aire pasar por su nariz, por su tráquea.
- Sienta como sus pulmones se expanden.
- Suspire fuerte.
- Haga con la boca y la nariz los movimientos que hace cuando bostezas.
- El bostezo viene naturalmente. No lo reprima, al contrario, amplíe los movimientos como lo hacen los niños o los perros.
- Descargue la ira, la cólera
- Busque un lugar tranquilo.
- Cierre los ojos.



- Distienda el cuello volviendo la cabeza de izquierda a derecha varias veces seguidas.
- Aspire profundo.
- Expire a fondo.
- Cuente hasta 5.
- Aspire por la nariz 8 veces seguidas contando hasta 8.
- Expire por la nariz contando hasta 8.

- Relaje el rostro.
- Contráigase como si tuviera que levantar pesas, con la respiración bloqueada.
- Relájese. Sople,
- Sonría varias veces, tome conciencia de la calma que acaba de entrar en usted.

MENCIONE AL USUARIO:

“Si ha experimentado una situación frustrante, violenta, respire profundo y cuente hasta 10. Sea fuerte, mantenga la calma y la serenidad”.

Siga por favor la siguiente secuencia para conseguirlo:

“Cierre los ojos con fuerza tensando los bíceps y los antebrazos. Después ábralos y relaje las manos y los brazos, relájese”.

“Arrugue la frente al mismo tiempo que mueve la cabeza hacia atrás todo lo que pueda”.

“Gírela describiendo un círculo completo siguiendo el sentido de las agujas del reloj y después en sentido contrario”.

“Ahora arrugue todos los músculos de la cara con fuerza, apriete los labios. Después suelte toda esa tensión, relaje los músculos, abra los ojos y la boca”.

“Afloje todos los músculos del cuerpo y relájese”.

“Tire los hombros hacia atrás y arquee la espalda como si fuera a inspirar profundamente”.

“Manténgase un rato así después relájese”.

“Haga una inspiración profunda apretando el estómago con la mano”.

“Sostenga un rato la respiración y luego relájese”.

“Extienda los pies colocando con fuerza para tensar las espinillas”.

“Manténgase un rato así y luego relájese”.

“Flexione los dedos tensando las pantorrillas, los muslos, las nalgas, relájese”.

“Con este ejercicio podrá relajarse en un breve espacio de tiempo y conseguir la calma”.

“Tal vez las primeras veces no se relaje totalmente, pero como casi todo es cuestión de práctica, lo logrará si lo practica varias veces”.

“Esto le permitirá analizar mejor la situación y buscar soluciones más acertadas y más convenientes para usted y para los otros, sin llegar a la violencia”.



IV. IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

OBJETIVO: Identificación de pensamientos automáticos de los miembros de la pareja sobre ellos mismos y sobre la relación.

INSTRUCCIONES AL TERAPEUTA:

Para mejorar la capacidad de identificar pensamientos automáticos, se instruye a los usuarios a anotar en libretas una breve descripción de las circunstancias que rodean el conflicto.

Se debe incluir una descripción de la situación, los pensamientos automáticos que le llegan a la mente y respuesta emocionalmente.

SE LE PIDE AL USUARIO:

Escribir la situación desencadenante, después el pensamiento automático y las respuestas emocionales.



A través de ese tipo de registro, el terapeuta puede demostrar al usuario como sus pensamientos automáticos están asociados a respuestas emocionales y como esto contribuye a ver negativamente al compañero.

Una vez que se ha aprendido a identificar los pensamientos automáticos y respuestas emocionales. Será útil revisar sus diarios e indicar las conexiones entre pensamientos y emociones. Luego se utilizará un método de respuesta alternativa o corrección del pensamiento para producir un cambio emocional.

CONCLUSIONES

En los últimos años en México se han implementado servicios de atención psicológica vía telefónica que han resultado eficaces por su accesibilidad y efectividad ante diversas problemáticas de tipo emocional que afronta la población.

Uno de estos servicios es el *Call Center* UNAM cuya apertura nos dio la posibilidad de elaborar el Manual de Procedimientos Técnicos utilizado en la intervención psicológica a través de la línea telefónica, que sirviera como un protocolo general para la sistematización de llamadas entrantes de los usuarios pensando en que el fallo en la reacción del terapeuta telefónico puede suponer un riesgo para el usuario del servicio que atraviesa por una crisis, después dotar al terapeuta telefónico de información y pautas concretas para mejorar sus habilidades y estrategias de intervención.

Para poder estructurar la formación básica en habilidades de intervención muchas veces es necesario recurrir a diversos modelos teóricos para tratar el amplio abanico de problemas, además de comprender técnicas y conceptos teóricos relativos al proceso que conllevan.

Razón por la cual nos valimos del modelo de terapia multimodal CASIC que aborda las cinco modalidades de funcionamiento del individuo (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo, sugerido por Slaikeu para establecer la planificación de las intervenciones ante las problemáticas presentadas por los usuarios, considerando que como línea de intervención en crisis de primera y segunda instancia es decir que proporciona primeros auxilios psicológicos y terapia para crisis, se necesitaba la implementación de procedimientos delimitados para la evaluación, intervención y seguimiento de los usuarios, por otro lado este modelo nos permitió compaginar y aplicar técnicas cognitivo-conductuales basadas en la terapia cognitiva como parte de las intervenciones, considerando sus características metodológicas.

Su inclusión en el Manual de Procedimientos Técnicos es parte importante dentro del proceso para lograr el restablecimiento emocional del usuario ya que pueden aplicarse inmediatamente o bien pueden ser parte del seguimiento del usuario como tareas para casa; lo cual supone un beneficio para

los usuarios pues les proporciona estrategias de afrontamiento que pueden utilizar por sí mismos en muchas de las ocasiones.

El contenido mencionado anteriormente del Manual de Procedimientos Técnicos aporta ventajas en la capacitación del terapeuta telefónico que presta sus servicios en el *Call Center* UNAM puesto que en él se señala información básica y práctica cuyo dominio por parte del terapeuta permitirá resolver con éxito las situaciones de crisis, cumpliendo con el objetivo principal del servicio cuidar de la estabilidad emocional de los usuarios de forma preventiva o ante una crisis de tal forma que estos puedan hacer frente a las situaciones perturbadoras, dotándolos de estrategias para lograrlo, brindando siempre una atención de calidad.

REFERENCIAS

- Aguilar, Z. L. (2005). *Intervención en crisis: infidelidad en la pareja*. (Tesina inédita de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México.
- Aja, E. L. (2009). *Intervención en crisis. Diplomado Factores Psicosociales y trabajo social*. Recuperado de: <http://www.buscandoanimo.org>, el 15 de Julio de 2013.
- American psychological Association. (2011) *Manual de estilo de publicaciones de la American psychological Association*. (3° edición.) Adaptada para el español por la editorial El manual Moderno). México: Manual Moderno.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Berenzon, S., Saavedra, S. N., Medina, M.M., Aparicio, V., & Morris, J. (2011) *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la salud*. México. Recuperado de <http://www.inprf.gob.mx>, el 28 Abril de 2013.
- Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.
- Campos, B.M.R; Alcántara, C.L; & Guirao, P. G. (2006). *Modelo de atención telefónica en casos de violencia familiar. Instituto Poblano de la mujer*. Recuperado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>, el 15 de Diciembre de 2012.
- Cano, V. A. (2002). *Técnicas cognitivas en el control de estrés*. Recuperado de www.researchgate.net, el 25 de Abril de 2014.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caro, G. I. (2007). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. (1°edición.), España: Desclée de Brouwer, S. A.
- Caro, G. I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas modelos y técnicas principales*. (1°edición.), España: Desclée de Brouwer, S. A.
- Castañón, V. E. (2010). *Intervención en crisis de segundo orden con terapia racional emotiva para hombres que ejercen violencia contra su pareja*. (Trabajo final de diplomado). Facultad de estudios superiores Zaragoza. UNAM. México.
- Cormier, W. H. & Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de entrevista para psicoterapeutas*. (3°edición.), España: Desclée de Brouwer, S.A.

- Cornejo, S. M. C. (2011). *Guía intervención en crisis telefónica SIAC-ONEMI*. Unidad de programas. Chile. Recuperado de <http://www.onemi.cl>, el 18 de Febrero de 2013.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. (3ª edición). E.U.A: Springer Publishing.
- Davis, M., Robbins, E. E. & McKay, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. España: Martínez Roca.
- D'Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). *Problem solving and behavior modification*. *Journal of Abnormal Psychiatry*. 78, 107-126.
- Egozcue, R. M. M. (2005): *Primeros auxilios psicológicos*. (1ª edición.), México: Paídos.
- Erickson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton.
- Espada, S. J. P., Olivares, R. J. & Méndez, C. F. X. (2005): *Terapia psicológica Casos prácticos*. Psicología Pirámide.
- Fernández, L. A. & Rodríguez, V. B. (2002): *Intervención en crisis*. España: Síntesis.
- Fowler, D. E., & McGee, R.K. (1973). *Assessing the performance of telephone crisis workers: The Development of a technical effectiveness scale*. In D. Lester & G. W. Brockopp (eds.), *Crisis intervention and counseling by telephone*, Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Gaja, R. (2005). *Vivir en pareja Técnicas sencillas pero eficaces para una convivencia feliz*. (2ª edición.), España: De bolsillo.
- Gaja, R. (2006). *Quiérete mucho Guía sencilla y eficaz para aumentar la autoestima*. (1ª edición.), España: De bolsillo.
- Hernández, L.N.A. & Sánchez, S. J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. (1ª edición), México: Libros en Red.
- Knickerbocker, D. A., & McGee, R.K. (1972). *Clinical effectiveness on non-professional and professional telephone workers in a crisis intervention center*. In D. Lester & G. Brockopp (Eds.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Labrador, F. J. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (2ª edición). España: Pirámide.
- León, C. (1999). *Manual de Procedimientos para un Servicio de Apoyo Integral Vía Telefónica*. (Tesis inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Lindemann, E. (1944). *Symptomology and management of acute grief*. American Journal of Psychiatry, 101, 141-148.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva: una guía práctica*. España: Paídos.
- Mahoney, M. J. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivas: teoría, investigación y práctica*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Mancera, G. N. V. (2009). *Propuesta de un manual de terapia cognitiva dirigida a usuarios de SAPTEL que presentan sintomatología depresiva*. (Tesis inédita de licenciatura). Facultad de Psicología UNAM, México.
- Martin, L. & Muñoz, M. (2009): *Primeros auxilios psicológicos*. España: Síntesis.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación de estrés*. México: Martínez Roca.
- Muñoz, M. & Bermejo, M. (2001). *Entrenamiento en inoculación de estrés*. España: Síntesis.
- Nomen, M. L. (2009): *El duelo y la muerte el tratamiento de la pérdida*. España: Pirámide.
- Oblitas, L.A. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. (1ª edición.), México: Cengage Learning.
- Olivares, R. J & Méndez, C. F. X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Biblioteca Nueva.
- Padilla, S. G. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico Aplicaciones actuales y futuras*. (1ª edición.), México: Manual Moderno.
- Parada, L. A. L., (2012). La intervención en crisis como herramienta terapéutica del psicólogo de la salud. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Nuevas Tecnologías* 1(1) pp.6-15. Recuperado de <http://www.citeach.org>, el 25 de Mayo de 2013.
- Parada, T. E. (2008). *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Pérez, P. L. L. (2011). *Procedimiento para servicio de intervención en crisis por línea telefónica*. Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve. Recuperado de: <http://visita.jalisco.gob.mx>, el 25 de Abril de 2013.
- Pérez, S. P. (2006). *Trauma culpa y duelo una psicoterapia integradora*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

- Pocasangre, C.M., González, S. & Islas, S. M. (2001). *Manual de intervención en crisis en situaciones de desastre*. Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental ACISAM. Recuperado de: www.psicosocial.net, el 01 de Abril de 2013.
- Rodríguez, J., Zaccarelli, D. M. & Pérez, R. (Eds.).(2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Serie de manuales y guías sobre desastres. N° 7*. Washington: OMS. Recuperado de <http://saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com>, el 15 de Noviembre de 2012.
- Rubin, B. & Blonch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Ruíz, F. M. A.; Díaz, M. I.; & Villalobos, C. A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*.(1° edición.), España: Desclée de Brouwer, S. A.
- Ruzek, J. I, Brymer, M. J, Jacobs, A. K., Layne, C. M., Verberng, E. M. & Watson, P. J. (2007).Psychological First Aid. *Mental Health Counseling*, 29(1), pp.17-49.Recuperado de <http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/pdfviewer/>, el 13 de Octubre de 2012.
- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis*. (2°edición), México: Manual Moderno.
- Slaikeu, K. A., Lester, D., & Tulkin, S. (1973). Show versus no show: A comparison of telephone referral calls to a suicide prevention and crisis service. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 481-486.
- Slaikeu, K. A., Tulkin, S. R., &Speer, D. C. (1975).Process and outcome in the evaluation of telephone counseling referrals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 700-707.
- Tapia, P. (2004). Manual de Atención telefónica en situación de atentado terrorista. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*,2, 92-125. Recuperado de:www.asefects.com, el 13 de Agosto de 2013.
- Tijerino, R. (2012). *Abre la UNAM Call center para atención psicológica*. Gaceta UNAM, 4, 414, pp. 3. Recuperado de <http://www.dgsc.unam.mx/gacetaweb/historico.html>, el 20 de Marzo de 2013.
- Tlaxcala, R. C. (2005). *Noviazgos violentos e intervención en crisis*. (Tesis inédita de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México.
- Vázquez, F. J. M., Loby, J. M., & Araujo, L. I. (2005). *Problemas de conducta y resolución de conflictos. Pautas de actuación*. España: Ideas Propias.
- Viveros, G. (1996). *El Examen Mental a Través del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Zárate, G. P., Claudio, T. M., Pérez, A. T. E., Ramón, C. E. & Mondragón, V. R. X. (2012). *Manual de atención telefónica vida sin violencia*. Instituto Nacional de las mujeres.

ANEXOS



FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

1. DATOS PERSONALES

N° de folio:		Fecha:	Turno:
Nombre del terapeuta:			
Nombre del usuario:			
Edad:	Ocupación:	Escolaridad:	
Sexo: Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	País: Entidad:		
Delegación o municipio:		Teléfono de referencia	
Estado civil: soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> unión libre <input type="checkbox"/> otro (especifique)			

2. TIPO DE LLAMADA

información canalización terapia breve primeros auxilios psicológicos

seguimiento usuario recurrente usuario drogado o alcoholizado

llamada de broma

¿Cómo se enteró del servicio? tv radio internet carteles periódico otro (especifique):

3. MOTIVO DE LLAMADA

¿Presenta caso legal? Violación sexual lesiones homicidio otro (especifique):

En caso afirmativo derivar llamada, consultar directorio e informar al usuario que el *Call Center* UNAM, no es competente para esos casos.
Los datos son confidenciales en conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO 1

¿CÓMO DESCRIBIRÍA LO QUE LE OCURRIÓ?
¿DÓNDE ESTABA?
¿CON QUIÉN?
¿CUÁNTO DURO?
¿QUÉ HACÍA EN ESE MOMENTO?
¿CÚALES FUERON SUS PRIMEROS PENSAMIENTOS?

¿QUÉ SENTÍA EN ESOS MOMENTOS?

¿QUÉ SINTIÓ DESPUÉS DE QUE OCURRIERA TODO?

¿CÓMO SE SIENTE AHORA?



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO 2

Antes de comenzar mencione al usuario: "este formulario tiene como propósito obtener un panorama amplio de su vida y nos permitirá abordar los problemas de forma más completa contribuyendo a facilitar su propio programa terapéutico". "Es comprensible que a usted le preocupe lo que ocurra con la información de su vida, dado que muchos datos son muy personales".

Todos los informes de casos son estrictamente confidenciales de acuerdo al reglamento de protección de datos de la UNAM.

Pida al usuario que describa la naturaleza y duración de sus problemáticas:

De la siguiente escala pida al usuario que evalúe la gravedad del problema:

Levemente perturbador

Muy grave

Totalmente
incapacitante

¿Cuándo se iniciaron sus problemas? (incluya fechas)

¿Qué soluciones han sido las más útiles para sus problemas?

¿Ha acudido a terapia o ha recibido alguna asistencia profesional a sus problemas?

En caso afirmativo, indique datos de tratamiento y resultados:

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Cantidad de hermanos:
¿Padre vive? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si vive, ¿Qué edad tiene?	
¿Madre vive? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si vive, ¿Qué edad tiene?	
Religión	Puntos débiles y fuertes de su época escolar:	

Último grado de estudios:

Pregunte sobre aspectos como:

- Problemas escolares
- Problemas familiares
- Problemas legales
- Problemas de salud
- Problemas emocionales
- Abuso de alcohol
- Consumo de drogas

¿A qué se dedica?

¿Le satisface su vida actual?

¿Cómo se lleva con sus compañeros de trabajo?

¿Cómo se lleva con sus superiores?

Le han internado alguna vez por problemas emocionales: Sí No

Ha intentado suicidarse alguna vez: Sí No

¿Padece algún miembro de la familia, de alcoholismo, epilepsia, depresión o cualquier otra cosa que pueda ser considerada como "trastorno mental"?

ANÁLISIS MODAL DE PROBLEMAS

Pregunte al usuario que conductas de la siguiente lista le son aplicables:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Come en exceso | <input type="checkbox"/> | Tics nerviosos | <input type="checkbox"/> |
| Vómito | <input type="checkbox"/> | Dificultades de concentración | <input type="checkbox"/> |
| Toma drogas | <input type="checkbox"/> | Problemas de sueño | <input type="checkbox"/> |
| Bebe demasiado | <input type="checkbox"/> | Fobias | <input type="checkbox"/> |
| Posterga trabajos | <input type="checkbox"/> | No puede mantener su trabajo | <input type="checkbox"/> |
| Reacciones impulsivas | <input type="checkbox"/> | Insomnio | <input type="checkbox"/> |
| Intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> | Conducta agresiva | <input type="checkbox"/> |
| Llora frecuentemente | <input type="checkbox"/> | Fuma | <input type="checkbox"/> |

¿Existe alguna conducta o hábito que le gustaría cambiar?

¿De qué habilidades se siente orgulloso?

¿Qué le gustaría hacer con más frecuencia?

¿A que dedica su tiempo libre?

De la siguiente lista de palabras pregunte al usuario cuál de ellas le es aplicable:

Enojado	<input type="checkbox"/>	Esperanzado	<input type="checkbox"/>
Molesto	<input type="checkbox"/>	Inútil	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	Relajado	<input type="checkbox"/>
Ansioso	<input type="checkbox"/>	Infeliz	<input type="checkbox"/>
Temeroso	<input type="checkbox"/>	Aburrido	<input type="checkbox"/>
Envidia	<input type="checkbox"/>	Cansado	<input type="checkbox"/>
Celoso	<input type="checkbox"/>	Excitado	<input type="checkbox"/>
Culpable	<input type="checkbox"/>	Optimista	<input type="checkbox"/>
Feliz	<input type="checkbox"/>	Contento	<input type="checkbox"/>
Arrepentido	<input type="checkbox"/>	Tenso	<input type="checkbox"/>
Desesperanzado	<input type="checkbox"/>		

¿Qué defectos cree tener?

Describe cinco de sus temores principales:

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar con más frecuencia?

¿En qué situaciones es probable que pierda el control?

Describe las situaciones que le hacen sentir relajado:

Pida al usuario que complete las siguientes frases:

- Ahora siento que:
- Una de las cosas de las que me siento orgulloso:
- Soy muy feliz cuando:
- Las actividades que más me gustan hacer son:

De la siguiente lista de sensaciones pregunte al usuario cuál de ellas le es aplicable:

Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Contracciones	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	Creo escuchar cosas	<input type="checkbox"/>
Tensión	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>
No puedo relajarme	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	No me gusta que me toquen	<input type="checkbox"/>
Tics	<input type="checkbox"/>	Problemas visuales	<input type="checkbox"/>
Excesiva transpiración	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>

¿Padece problemas físicos con frecuencia? (señale cuales).

¿Toma medicinas con frecuencia?

Si

No

Cuál de las siguientes sustancias consume con mayor frecuencia:

Marihuana	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>
Aspirinas	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Analgésicos	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>
Estimulantes	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos	<input type="checkbox"/>

Cuál de los siguientes estados le es aplicable:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Insomnio | <input type="checkbox"/> |
| Despertarse temprano por la mañana | <input type="checkbox"/> |
| Comer compulsivamente | <input type="checkbox"/> |
| Falta de apetito | <input type="checkbox"/> |
| Comida poco sana | <input type="checkbox"/> |
| Alergias | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| No me gusta que me toquen | <input type="checkbox"/> |
| Problemas visuales | <input type="checkbox"/> |
| Sueño satisfactorio | <input type="checkbox"/> |

HISTORIA SEXUAL

¿Cuándo y cómo aprendió sobre sexo?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| En absoluto | <input type="checkbox"/> |
| Bastantes veces | <input type="checkbox"/> |
| Algunas veces | <input type="checkbox"/> |
| Frecuentemente | <input type="checkbox"/> |

¿Cuál era la actitud de sus padres en relación al sexo?

¿Ha sentido alguna vez angustia o culpabilidad por actividades sexuales o masturbación? En caso afirmativo especifíquelas:

¿Cuál es su actividad sexual en la actualidad?

PENSAMIENTOS

¿Qué imagen viene a usted con mayor frecuencia?

¿Con qué frecuencia suele tener pesadillas?

¿Cuál de los siguientes pensamientos suele tener?

Soy inservible	<input type="checkbox"/>	Siente que la vida es vacía	<input type="checkbox"/>
Me siento inútil	<input type="checkbox"/>	Cometo demasiados errores	<input type="checkbox"/>
Soy indeseable	<input type="checkbox"/>	No puedo hacer nada bien	<input type="checkbox"/>
Soy incompetente	<input type="checkbox"/>	Me siento culpable	<input type="checkbox"/>
Soy poco atractivo	<input type="checkbox"/>	No puedo tomar decisiones	<input type="checkbox"/>
Ingenuo	<input type="checkbox"/>	Tengo ideas suicidas	<input type="checkbox"/>
Me siento feo (a)	<input type="checkbox"/>	Soy conflictiva (a)	<input type="checkbox"/>
Soy malo	<input type="checkbox"/>	Soy hostil	<input type="checkbox"/>

¿Le preocupa alguna idea que se produce una y otra vez?

¿Cuáles son sus expectativas sobre la terapia?

RELACIONES INTERPERSONALES

¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

¿Hace amigos con facilidad?

¿Los conserva?

¿Estos le han decepcionado alguna vez?

Describe una relación que le proporcione preocupación:

¿Dispone de algún amigo con el que pueda compartir pensamientos y sentimientos íntimos?

Matrimonio (Relación de pareja)

¿Cómo se lleva con su pareja?

¿Edad de su pareja?

¿En qué áreas son compatibles?

¿Con qué frecuencia mantienen relaciones sociales con otras personas?

¿Quiénes cree usted que es la persona dominante en la relación?

¿Tiene hijos?, ¿Cómo es la relación con ellos?

De la siguiente lista de palabras pregunte al usuario cuál de ellas le es aplicable a su pareja:

Enojado	<input type="checkbox"/>	Esperanzado	<input type="checkbox"/>
Molesto	<input type="checkbox"/>	Inútil	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	Relajado	<input type="checkbox"/>
Ansioso	<input type="checkbox"/>	Infeliz	<input type="checkbox"/>
Temeroso	<input type="checkbox"/>	Aburrido	<input type="checkbox"/>
Envidia	<input type="checkbox"/>	Cansado	<input type="checkbox"/>
Celoso	<input type="checkbox"/>	Excitado	<input type="checkbox"/>
Feliz	<input type="checkbox"/>	Optimista	<input type="checkbox"/>

¿Qué defectos cree tener?

Describe cinco de sus temores principales:

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar con más frecuencia?

Describe las situaciones que le hacen sentir relajado:

Pida al usuario que complete las siguientes frases:

Ahora siento que:

Una de las cosas de las que me siento orgulloso es:



FORMULARIO DE CANALIZACIÓN

¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA?
¿QUÉ SOLUCIONES HAN SIDO LAS MÁS ÚTILES A SUS PROBLEMAS?
¿HA ACUDIDO A TERAPIA ANTES O HA RECIBIDO ALGUNA ASISTENCIA PROFESIONAL ANTERIOR A SUS PROBLEMAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (EN CASO AFIRMATIVO, PIDA AL USUARIO QUE INDIQUE DATOS DE TRATAMIENTO E INSTITUCIÓN EN DONDE FUE ATENDIDO).

Marque en la casilla correspondiente que servicio requiere el usuario:

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Centros de atención psicológica a víctimas de violencia familiar | <input type="checkbox"/> | Servicios de apoyo psicopedagógico | <input type="checkbox"/> |
| Centros de atención psicológica para niños | <input type="checkbox"/> | Servicios institucionales UNAM | <input type="checkbox"/> |
| Centros de atención para adicciones | <input type="checkbox"/> | Servicios del sector salud | <input type="checkbox"/> |

Otra (señale cual): _____

SEÑALE LOS DATOS DE LA INSTITUCIÓN A DONDE SE DERIVA AL USUARIO:
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

SERVICIOS QUE PROPORCIONA:

MOTIVO POR EL SE CANALIZA AL USUARIO:



FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DEL USUARIO

N° de folio:	Fecha:	N° de sesión:
--------------	--------	---------------

DURACIÓN DE LLAMADA:

Hora de inicio : _____ Hora de término: _____

MANEJO DE INCIDENCIAS:

LLAMADAS CANCELADAS Y MOTIVO:

URGENCIAS:

DIRECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:

ASPECTOS PROBLEMÁTICOS DE LA SITUACIÓN:

FASE DE TRATAMIENTO:

PRESCRIPCIÓN DE TAREAS:
REALIZACIÓN DE TAREAS POR PARTE DEL USUARIO:
DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DE TAREAS:
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS:
TÉCNICA TERAPÉUTICA APLICADA:
RESULTADOS:



EVALUACIÓN DEL TERAPEUTA TELEFÓNICO

Nombre del terapeuta: Fecha:	Hora de la supervisión:
Motivo de llamada:	Acciones efectuadas:
Nombre del usuario:	N° de folio:

Actividad	Procedimiento	indicador		Observaciones
		Si	No	
Contacto psicológico	Saludo cordial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Menciona su nombre y el nombre del programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Se muestra accesible al usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Analiza las dimensiones de la llamada	Identifica el motivo de llamada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Análisis conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Análisis afectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Análisis somático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Análisis interpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Análisis cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Búsqueda de soluciones	Promueve alternativas al usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Acompañamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Realiza encuadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Despedida cordial

Habilidades

Escucha activa

Empatía

TÉCNICAS UTILIZADAS:

ENTREGA PUNTUAL DE REGISTRO DE LLAMADAS:

Firma del supervisor:

Firma del coordinador del programa:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:



INFORME SEMANAL DE LLAMADAS

TIPO DE LLAMADA	N° DE LLAMADAS
Información	
Canalización	
Primeros auxilios psicológicos	
Terapia breve	
Seguimiento	
Usuarios drogados y alcoholizados	
Usuarios recurrentes	
Llamadas de broma	

Firma del supervisor:	Firma del coordinador del programa:
Nombre:	Nombre:
Fecha:	Fecha: