



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCION: "TALLER DE
CAPACITACION PARA LA INTERVENCION EN CRISIS VIA
TELEFONICA, DIRIGIDO A PSICOLOGOS"**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
ELIZABETH YOLANDA ALCAZAR ARAGON**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO**



**® 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.

Agradecimientos

Doy las gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme permitido realizar esta etapa de mi formación académica y profesional.

A la Facultad de Psicología, agradezco el que me haya permitido formar parte de ella, contribuyendo a habilitarme y desarrollarme en este ámbito de forma profesional y ética. Gracias por enseñarme a amar con fundamentos mi profesión.

A mí asesora de tesina la Maestra Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo, por su continua guía, su incesante apoyo, paciencia, sensibilidad, compromiso, calidez y por mostrarme las herramientas para poder concretar este trabajo con profesionalismo.

Agradezco al comité de tesis: a la Lic. Damariz García Carranza, al Mtro. Jorge Álvarez Martínez, a la Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha y a la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordóñez, el que hayan facilitado e impactado, positiva y constructivamente este trabajo, a través del aprendizaje y el cambio.

A la División de Educación Continua, de la Facultad de Psicología, por facilitar esta labor, a través de la construcción de un programa profesional, cálido, integral y ser una excelente alternativa de cierre.

Al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez, por su apoyo constante para concretar este trabajo y hacer este camino más liviano, a través de su acompañamiento comprometido, sensible y profesional.

Dedicatorias.

Agradezco a Dios el que me haya dado fortaleza, salud, además de concederme concretar este trabajo y permitirme coincidir en esta labor con personas tan valiosas para llevarla a cabo, bien dicen que todo tiene su momento y que las cosas no pasan por casualidad.

A la Virgen de Guadalupe por ser parte de mí vida, de mis sueños, por ayudarme a concluir esta meta, estar a cada paso conmigo y hacerse presente siempre. Gracias por la oportunidad de hacer realidad este proyecto.

Agradezco a mi madre Rosa Aragón Martínez por apoyarme a concluir este proyecto, por su paciencia, incondicionalidad, su constante amor y mostrarme su fortaleza a través de su regalo de vida.

A mi padre José Alcázar Alcántara †, gracias por impactar mi vida de forma positiva.

Gracias a Pedro Aragón, por ser más que mi tío un padre y por permanecer en momentos difíciles siempre a mi lado.

A mis hermanos: Juan Alberto, Alejandro, Valfred por ser parte de mi historia.

A mi hermana Dolores gracias por compartir y siempre acompañarme de forma sensible y cercana en momentos cruciales y de aprendizaje.

En especial agradezco a mi hermano José por ser mi apoyo, estar siempre dispuesto a mi lado, por su calidez, sostenerme cuando fue necesario y las veces que lo necesite, gracias por permitirme cerrar este ciclo a tu lado, este es un logro compartido.

Agradezco a Juan Francisco Flores su incondicional acompañamiento, cercanía y apoyo no sólo en este trabajo, sino en un gran tramo de mí vida.

Gracias a mis sobrinos: Pablo Alberto, Citlali, Octavio, César, Arantxa, Cristóbal, Anahí, Rosa, Mariana, Alejandro, Diego y David por ser parte de mí vida y enriquecerla con su existencia.

A mis amigas: Alejandra Orta, y Verónica Xochimitl por su apoyo para concretar este trabajo, sus aportaciones y sus ganas de estar siempre conmigo en esta tarea.

Gracias a mí excelente amigo José Luis Gutiérrez Calzadilla por confiar en mí y darme siempre su apoyo sensible, cercano y ser parte de este cierre de ciclo.

Agradezco a Víctor Manuel García Hidalgo, por ser un gran amigo, estar al pendiente de mí y de este proyecto y por ser una persona muy valiosa en mí curso de vida.

Mi agradecimiento para mis inmejorables amigas: Laura Balbuena y Leticia López porque aun cuando era una tarea personal se sumaron siempre para que se concretara y

estuvieron constantemente dispuestos a aportar tiempo, ideas, trabajo y esfuerzo para que este se pudiera cristalizar.

En especial quiero agradecer a mí gran amigo Juan de Jesús Cuate por ser un apoyo incondicional, estar siempre en los momentos difíciles e impulsarme a continuar con esta labor, estando al pendiente y participando en ella de forma constructiva, con sus aportaciones, visión, presencia, entusiasmo y su gran sensibilidad.

Gracias a Verónica Duarte, a Iliana Rojas y a María Eugenia Hernández, por ser siempre mis grandes y queridas amigas.

En esta tarea conocí gente realmente valiosa que estuvo conmigo en esta labor y agradezco su amistad, coincidencia y compañía, Zenaida Rodríguez Hernández y Dolores Sánchez Méndez.

**Propuesta “Taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica,
dirigido a psicólogos”.**

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. CRISIS	
1.1 Factores relacionados con la crisis: Contexto socioeconómico, político e histórico del hombre actual	6
1.2 Qué es una crisis	9
1.3 Fases de la crisis	12
1.4 Tipos de crisis	14
1.5 Reacciones ante la crisis	18
1.6 Conductas de enfrentamiento ante la crisis	21
1.7 Diferencia entre crisis y trauma	22
CAPÍTULO 2. INTERVENCIÓN EN CRISIS	
2.1 Intervención en crisis	25
2.2 Diferentes modelos de intervención en crisis	30
2.3 Psicoterapia breve y de emergencia	34
2.3.1 Enfoque Humanista	38
2.3.2 Enfoque Cognitivo Conductual	44
2.3.3 Enfoque Sistémico.	50
CAPÍTULO 3. ATENCIÓN PSICOLÓGICA VÍA TELEFÓNICA	
3.1 Componentes del auxilio psicológico	54
3.2 Valoración de la mortalidad, riesgos y factores de protección	55
3.3 Auxilios psicológicos por teléfono	57
3.4 Características de la intervención psicológica por teléfono	58
3.5 Modelos de intervención vía telefónica en México: SAPTEL, LOCATEL, Centro de orientación telefónica COT SSA, SIMITEL, “Voz amiga” ANAR y Facultad de Psicología.	61
3.6 Herramientas para la interacción telefónica	78
3.7 Principios básicos para la intervención psicológica por teléfono.	82
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: “TALLER DE CAPACITACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS VÍA TELEFÓNICA, DIRIGIDO A PSICÓLOGOS”.	87
DISCUSIÓN, ALCANCES Y LIMITACIONES	101
REFERENCIAS	103
ANEXOS	

Resumen

Palabras claves: Intervención, crisis y telefónica

El presente trabajo, es una propuesta de taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos, a través de 9 sesiones de 3 horas cada una y con dinámicas vivenciales e informativas. Dicho trabajo fue sustentado a través de diferentes enfoques teóricos como la psicoterapia breve y de emergencia, la teoría humanista de Carl Rogers, la corriente Cognitivo Conductual y Sistémica; se realizó la revisión de los diferentes modelos de atención de algunas líneas telefónicas en México, donde se retoma el modelo de interacción telefónica de Locatel como principal eje rector; el objetivo del taller de intervención en crisis de primera instancia, es ofrecer a los psicólogos una ruta de acción clara y homogénea en la interacción de apoyo con personas que se encuentran en una situación de crisis.

Abstract

Key words: Crisis, telephone, Help, intervention.

The present work, it's a training workshop proposal for crisis intervention by telephone, addressed to psychologist, through 9 sessions three hours each one long, dynamics experiential and information. This work was support by different theoretical approaches as brief and emergency psychotherapy, Roger's humanist theory, Cognitive behavioral and Systemic theories; this review was conducted of different models of some Mexicans help lines, retaking the Locatel telephone interaction model. The objective of the workshop is providing to psychologists a path of actions clear and homogenous in the support interaction with people that find in crisis situations.

INTRODUCCIÓN

La terapia breve, de acuerdo a Aguilera (1976) surge como consecuencia de la gran demanda de servicios de salud mental, siendo un modelo de cura que busca solucionar los problemas de la manera más rápida y eficiente. Busca atacar el problema que determine el paciente como causante de su conflicto, maneja *“el aquí y el ahora”*.

En tanto que Bellak y Small (1990), mencionan que la importancia de la psicoterapia breve y de emergencia y la de otras psicoterapias rápidas, radica en ofrecer una alternativa terapéutica como medida preventiva, útil para la identificación, predicción, en casos de tratamiento inmediato y corto, impidiendo una desadaptación grave que pueda generar una enfermedad seria y crónica, no obstante la dificultad procede de la escases de personal competente que responda a las necesidades

Por tanto, debido a la gran demanda de atención en la salud mental se hace necesaria la instrumentación de programas que puedan cubrir dichas necesidades de forma efectiva en una atención focalizada, por lo que en este sentido los modelos psicoanalíticos a largo plazo dejan de ser funcionales.

De tal forma, se hace necesario en el presente trabajo abordar material teórico sobre la intervención en crisis. Slaikeu, (1996), refiere que *“una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”*. (p. 16)

Las crisis pueden ser circunstanciales, de desarrollo o existenciales, las primeras son inesperadas o accidentales; en tanto que las crisis de desarrollo son más predecibles y ocurren cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida, las que van desde la niñez hasta la senectud. Las crisis existenciales, de acuerdo a Gilliland y James (1993, en Wainrib y Bloch 2001, p. 31), connotan que son *“los conflictos internos y la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso”*.

La intervención en crisis empieza a ser estudiada a partir de 1942, debido a un incendio que se suscitó en Estados Unidos y en donde murieron casi 500 personas; a raíz de esto, se consideró como un sistema comunitario completo de salud mental; siendo que dicha estrategia por teléfono comenzó a finales de 1950, convirtiéndose en la columna vertebral del movimiento de prevención del suicidio (McGee, 1974).

En este sentido, México no se ha quedado atrás en este ámbito, la atención psicológica vía telefónica toma un mayor auge a partir de los terremotos suscitados en 1985, la cual representó una herramienta suficientemente útil para atender diferentes tipos de situaciones emocionales.

Desde entonces se encuentran en operación diferentes líneas telefónicas que se enfocan a trabajar desde una orientación sexual hasta la intervención en crisis emocional atendiendo a sujetos de diversas edades, y teniendo distintas formas de abordar una gran variedad de problemáticas.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos (ENEP 2003-2010), las personas difícilmente solicitan ayuda presencial que tienen disponible, por razones de estigmatización o del desconocimiento de los beneficios de la atención médica, psiquiátrica o psicológica. Este estudio manifiesta que las personas con trastornos emocionales piden ayuda primero a sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se auto medican y solo secundariamente acuden al médico o a los servicios especializados siendo este porcentaje cada vez menor debido a la mala calidad que puede presentarse al otorgar este servicio especializado.

En este orden de ideas, el teléfono es una herramienta que favorece la cercanía, es una opción accesible e inmediata y brinda la oportunidad casi a cualquier persona de buscar asistencia social.

La demanda de atención en este ámbito ha aumentado debido al incremento poblacional, al respecto el INEGI refiere que en el 2010 en el D.F., el número de habitantes era de 8,851,080 personas, existiendo una tasa de crecimiento del 2000 al 2010 del 0.3 %; en cuanto a situaciones de adicción de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA, 2011) que menciona que hubo un incremento significativo entre los adolescentes

sobre el consumo de alcohol, además de señalar datos concluyentes sobre una epidemia de tabaquismo focalizado en jóvenes de 12 a 17 años y en adultos jóvenes sobre todo mujeres; en tanto que la Encuesta Nacional de Violencia (ENVM, 2003), dice que 1 de cada 5 mujeres sufren de violencia de pareja actual, 1 de cada 3 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 2 de cada 3 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida; en cuanto al suicidio el INEGI en el 2000 reporta un porcentaje de muertes del 6.6 % en personas de 10 a 14 años y en el 2010 fue de 13.2%, siendo que en el 2000 en la población de 45 a 49 años fue de 6.8% y en 2010 de 7.2%, existiendo un mayor índice en hombres que en mujeres.

En lo concerniente al índice de desempleo este aumento, datos del INEGI en el 2010, arrojan en el corte de diciembre que el porcentaje de personas ocupadas era del 95% y las desocupadas del 4.94%, en septiembre de 2012 la población ocupada fue de 94.99% y la desocupada de 5.01%.

De acuerdo con lo anterior y considerando el aumento de las probables situaciones que pueden generar crisis, existe la necesidad de capacitar aún más a los profesionales de la salud, con la finalidad de realizar un trabajo organizado y sistematizado para atender la demanda poblacional de salud, por tanto el objetivo del presente estudio es elaborar un taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos, como un apoyo para los profesionales que incursionen en esta modalidad terapéutica, tratando de que fortalezcan sus conocimientos, habilidades y competencias respecto al tema, y como una propuesta para ser integrada a su aprendizaje, con la finalidad de optimizar tanto los recursos de quien atiende como de quien recibe el apoyo, sin dejar de considerar las características y limitaciones de dicha intervención.

En los siguientes capítulos se abordan conceptos relacionados con la intervención en crisis, enfocada a lo que es la atención vía telefónica, retomando diferentes enfoques para el abordaje.

En el capítulo uno se retoma conceptos generales acerca de la crisis; En el capítulo 2 se hace referencia a lo que es la intervención en crisis considerando la psicoterapia breve y de emergencia, los enfoques humanista, cognitivo conductual y sistémico para la interacción vía telefónica; El capítulo 3 está focalizado hacia lo que es la atención psicológica vía telefónica, así como algunos modelos de interacción de diferentes líneas que coexisten en el país, se dan también en este capítulo algunas herramientas para la intervención y por último se retoman principios básicos para la interacción por teléfono.

CAPÍTULO 1. CRISIS.

1.1 Factores relacionados con la crisis: Contexto socioeconómico, político e histórico del hombre actual.

De acuerdo a Dorantes y Matus (2002), el estrés en las grandes ciudades puede darse por una serie de variables como una gran cantidad de personas, la lucha de oportunidades, empleos, vivienda, salud, entre otros, situaciones que presionan al individuo, poniendo en riesgo la estabilidad emocional y las posibilidades de adaptación.

Algunas de las investigaciones sobre estrés en las ciudades, visualizan el crecimiento de la población, girando respecto a dos ideas fundamentales:

- a) Las grandes urbes favorecen el desarrollo de las enfermedades mentales y de las conductas delictivas.

- b) Empobrecen las relaciones sociales, se fomenta la incivildad y la indiferencia hacia los demás.

Hay otro tipo de investigaciones que han comprobado que el estrés se relaciona de forma directa con la cantidad e intensidad de estímulos con los que vivimos en la ciudad, ejemplo de esto es, el nivel sonoro, la gran cantidad de tráfico, la gran cantidad de peatones y el número de construcciones visibles, responsables de conductas agresivas.

Dorantes y Matus (2002), refieren que fueron Simmel, Miller y Milgran, quienes encontraron que la vida en las ciudades favorece el desequilibrio psicológico, generado por una desproporción de estímulos que obligan a la persona a filtrar la información, que de manera general impide el contacto social. Las consecuencias sociales son:

1. El decremento de la responsabilidad social: las personas sometidas a esta sobrecarga desprecian de forma general las necesidades, intereses y demanda de los otros; evitando el apoyo a personas en situaciones de peligro o dificultad.

2. Disminución de la cortesía en las relaciones interpersonales: las conductas de amabilidad tienden a desaparecer.
3. El anonimato se convierte en regla, lo que favorece que las personas tengan mayor libertad y pasen inadvertidas.

La respuesta del estrés en los seres humanos modernos es en muchos casos inapropiada, debido al nivel de intensidad y a las situaciones a las que se enfrenta.

Esto se presenta particularmente en las grandes urbes o en las zonas urbanas como la ciudad de México, una zona donde se conjugan diversos factores que propician situaciones de estrés.

Por otro lado, el estrés es un elemento involucrado en la respuesta psicológica de las personas. Desde la perspectiva de Lazarus, el estrés psicológico no sólo se encuentra en el ambiente, ni es una consecuencia exclusiva de las características de la personalidad, sino más bien depende de la relación persona-ambiente, por lo que en el estrés se identifican las causas y efectos emocionales de la lucha en el manejo de las presiones de la vida cotidiana. (1999, en Meraz 2011).

De acuerdo a lo anterior, la teoría de Lazarus, se basa en un constructo de valoración, este se respalda en el enfoque subjetivo, en el que la idea de que el estrés y la emoción dependen de como el individuo evalúa o valora las transacciones del entorno, lo cual puede desencadenar en una crisis. (1999, en Meraz 2011).

La investigación de Lazarus (1966, en Meraz 2011), considera al estrés como resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío, lo que hace referencia a que el sujeto valora hechos consumados, en el segundo los anticipa y en el tercero se desplaza entre ganar y perder. Dicha evaluación está influenciada por varios factores personales, motivacionales, responsabilidades, expectativas entre otros.

1. El daño/pérdida se vincula con el perjuicio o pérdida de que ya se ha producido.
2. La amenaza se relaciona con daño o pérdida que no se ha producido aún, pero que es posible o probable en un futuro cercano.
3. El desafío, consiste en la sensibilidad de que aunque las dificultades se interponen en el camino del logro, pueden ser superadas con entusiasmo, persistencia y confianza en sí mismo (p. 9).

El estrés psicológico se puede definir de manera tradicional de dos formas, uno es el que se centra en el estímulo o suceso provocador (el estresor) y el otro en la respuesta o reacción (reacción mental u orgánica generada por el estresor), sin embargo, Lazarus (1999), connota que lo más apropiado es combinar ambas para configurar una única perspectiva del estrés psicológico.

Por lo anterior, es de importancia referir las siguientes orientaciones teóricas sobre el estrés, retomadas por Oblitas (2006), quien hace una revisión teórica.

1. Estrés como estímulo: Esta perspectiva refiere al estrés como un estímulo ambiental, en donde la reacción del sujeto depende del evento y que los acontecimientos vitales aumentan los niveles de estrés hasta generar la aparición de enfermedades, fue desarrollada por dos psiquiatras Holmes y Rahe.
2. Estrés como respuesta: Esta perspectiva, es una teoría fisiológica desarrollada por Selye. Este autor define el estrés como “una respuesta inespecífica del organismo ante la demanda de un agente nocivo (estresor o alarmador) que atenta contra el equilibrio homeostático del organismo”, al respecto Cannon, dice que es una respuesta orgánica normal ante situaciones de peligro.
3. Definición interactiva. Teoría de la evaluación cognitiva: Este modelo asigna a la persona la acción concluyente en el proceso, ya que refiere que el estrés se origina

en la valoración cognitiva que realiza el sujeto de los componentes internos y los provenientes del medio. Una aportación importante de este modelo, son los factores situacionales que hacen probable una valoración estresante. Lazarus distingue tres tipos de evaluación: la primaria, se centra en la situación, se genera en cada intercambio con una demanda externa o interna; la secundaria, la cual se centra en la propia eficacia de las medidas que adopte para hacer frente a la situación, estos son los recursos de afrontamiento, los cuales son físicos, psicológicos, las aptitudes, recursos materiales y ambientales; y la reevaluación, la cual es un proceso de retroalimentación que se da durante el proceso de interacción entre el sujeto y las demandas, esta permite realizar las correcciones para cambios en la conducta.

En referencia a lo anterior, dichos hallazgos nos permiten retomar esto en función de la crisis, ya que la valoración cognitiva que realiza el sujeto de los componentes internos, los provenientes del medio y que generan una situación de estrés también pudieran gestar una situación de desequilibrio en donde está la probabilidad de que se dé una crisis o bien esta última puede cohabitar o ser generada en una situación de estrés.

1.2 Qué es una crisis.

De acuerdo a lo citado por Lillibridge & Klukken (1978, en Wainrib y Bloch 2001) una crisis, es una alteración en el equilibrio en donde los intentos tradicionales en la resolución de problemas fracasan, generando desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico.

Caplan (1964, en Wainrib y Bloch 2001) definió la crisis como “la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad”. (p. 30)

“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. (Slaikeu, 1996 p. 16)

En la filosofía china, crisis (*Weiji*) está compuesto de una dicotomía que significa peligro y oportunidad, Wilhelm (1967, en Slaikeu 1996). La palabra inglesa crisis se basa en el griego *Krinein*, que significa decidir. Las derivaciones de esta palabra connotan a la crisis como decisión, análisis, de igual forma genera un cambio para mejorar o empeorar Lidell y Scott (1968, en Slaikeu 1996).

Así mismo, Fernández y Rodríguez (2002) definen a la crisis como un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo personal (si se resuelve satisfactoriamente) así como un peligro, ya que aumenta la vulnerabilidad del individuo para los trastornos mentales. La hipótesis de Caplan (1964) es que el desenlace de la crisis depende sobre todo de la forma en que se maneje la situación en ese momento o de la historia de la persona.

Swanson y Carbon (1989, en Fernández y Rodríguez 2002), realizan una revisión documental y refieren que:

1. Las crisis son acontecimientos normales en la vida, en donde el individuo busca restablecer su equilibrio entre sí mismo y su entorno, desarrollada por Caplan.
2. Un acontecimiento externo o interno puede ocasionar estrés que desencadena en una crisis de acuerdo a Erickson.
3. Lo que genera una crisis puede ser un solo hecho trágico o una acumulación de acontecimientos menos graves, Korner.
4. La dificultad de la crisis se relaciona con la percepción del individuo, y no se relaciona con la gravedad del estresor, Rapoport.
5. Existe un nexo que puede ser vivenciado de forma emocional y que no necesariamente tiene que ser consciente entre la situación actual y conflictos del pasado, Hoffman y Remmel.
6. La situación de crisis, es un evento autolimitado que va de 4 a 6 semanas y se puede resolver de forma adaptativa o desadaptativa, Bloom.

7. Durante la crisis, el sujeto se encuentra susceptible y con las defensas debilitadas, Schwartz. Y los pequeños esfuerzos en una persona que vive una crisis pueden traer como consecuencia resultados máximos, Rapoport.
8. La resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad: dominar la situación actual; procesar conflictos pasados y generar nuevas alternativas para el futuro, Caplan.
9. La resolución de la crisis está definida por los procesos presentes más que por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad (Paul, 1966).
10. Una situación relevante por trabajar son las pérdidas anticipadas o reales, Hitchcock, Stickler y Lasor.
11. Una vez que el sujeto resuelve y se adapta a las nuevas circunstancias emergen nuevas fuerzas y nuevas habilidades de resolución de problemas útiles para el futuro (Fernández y Rodríguez, 2002).

En tanto que Rapoport (1965, en Slaikeu 1996) sugiere que una crisis se puede visualizar como:

A) Una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional, B) una pérdida (de una persona, habilidad o aptitud), C) un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo. En cada caso, los procesos cognoscitivos median entre el suceso y la respuesta del individuo al mismo. Clínicamente, es muy importante después de determinar el suceso precipitante, averiguar lo que este significa para la persona en crisis. (p. 20)

Halpern (1973) enfatiza la idea de Caplan de que la crisis se caracteriza por desequilibrio y discrepancia, y que dicho desorden y trastorno en la crisis puede afectar diferentes aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

En contraste con lo que menciona Erik Erickson (1950, en Wainrib y Bloch 2001):

“la crisis ya no connota una catástrofe inminente ... [en vez de ello] designa un punto crítico necesario, un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación, y una mayor diferenciación”. (p. 30).

Un aspecto muy importante en la teoría de la crisis es que esta puede llevar a un crecimiento personal (Greer 1980, en Slaikeu 1996). Dicha postura cambia la connotación de un evento de desesperación, negativo, peligroso y de desorganización, a uno positivo en donde se puede generar el desarrollo personal y la madurez.

Wainrib y Bloch (2001), refieren que la crisis general esta permeada por diversos elementos como: una sensación de impacto, rechazo, desconfianza, negación, dolor, pérdida y desconcierto.

En las características de la respuesta de crisis general, Wainrib y Bloch (2001) señalan:

1. A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento.
2. A nivel psicológico: el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud. Estas reacciones pueden alterar el equilibrio psicológico del individuo
3. A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de stress general tales como los cambios en el ritmo cardiaco, la respiración y una sudoración excesiva (p. 35)

1.3 Fases de la crisis.

De acuerdo con Caplan (1964, en Slaikeu 1996) la crisis presenta las siguientes etapas las cuales están relativamente definidas:

1. Hay una elevación de tensión por el impacto de un suceso externo, que inicia a su vez las habituales “respuestas de solucionar problemas”.

2. La falta de éxito en estas respuestas para la solución de problemas, más el impacto continuado del suceso estimulante, fomenta el incremento de la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia.

3. En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto, la crisis puede desviarse por cuales quiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renunciación a propósitos fijos que resultan inasequibles.

4. Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave (p. 24).

Horowitz (1976), refiere que la primera reacción ante un hecho amenazante es el desorden, la cual es inicial al impacto del suceso y emocionalmente se manifiesta como angustia, gritos, desmayo o lamentos; este se presenta como negación o intrusión. La negación aminora el impacto, esta puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, esto es pensar en lo que paso, o el continuar las actividades como si nada hubiera sucedido. En tanto que la intrusión presenta abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos del suceso, sea una pérdida u otra tragedia. Pueden existir pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes referentes al evento, las cuales son propias de esta etapa. Algunas personas suprimen la fase de negación y se desplazan directamente a la de intrusión. Otras personas tienden a oscilar de un lado a otro entre estas dos etapas. La *transvaloración* es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. La terminación de la experiencia de crisis, conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

La estructura anterior presentada por Horowitz coincide con las descritas en la bibliografía sobre la crisis (Baldwin, 1979; Caplan, 1964; Aguilera y otros 1974), en tanto que Fink y otros (1971), puntualizaron un modelo de cuatro etapas para la resolución de la crisis:

choque, retraimiento defensivo, reconocimiento y, finalmente, adaptación y cambio, cada una identificada por diferentes experiencias, percepciones de la realidad, emociones y pensamientos.

Reyes (2007), menciona que Chacón (2000), propone las siguientes cinco fases en la situación de crisis:

1. Evento precipitante: Cuando se presenta un evento precipitante inusual, no anticipado, que es percibido como una amenaza o de forma abrumadora y que genera estrés y se vive como un evento traumático.
2. Respuesta desorganizada: Los afectos muestran signos de aflicción, tornándose cada vez más desorganizados, a medida que los comportamientos, habilidades o recursos que en el pasado fueron utilizados, fallan para resolver la crisis.
3. Fases de explosión: Existe pérdida de control de los pensamientos y comportamientos, presentando estos, como inapropiados o destructivos.
4. Fases de estabilización: Las personas afectadas empiezan a calmarse a medida que encuentran alternativas. En este momento la persona tiende a ser muy vulnerable, por lo que puede “explotar otra vez, si se siente amenazada de alguna manera”
5. Fase de adaptación: El individuo toma nuevamente el control de sus acciones, por lo que se encuentra tranquilo.

1.4 Tipos de crisis.

Con el objeto de distinguir los tipos de crisis, se enumeran las distintas variaciones y características.

Crisis evolutiva: Según Caplan (1964, en Wainrib y Bloch 2001), “situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones biológicas, las transiciones de roles, etc.”. (p. 30). De tal

forma, que son transiciones de nuestro desarrollo físico y psicológico normal en donde se puede activar una respuesta de crisis.

Ejemplos de crisis evolutivas:

- 1.- Concepción o esterilidad
- 2.- Embarazo, parto, nacimiento
- 3.- La infancia y la niñez temprana
- 4.- La adolescencia
- 5.- Las crisis que involucran a la identidad sexual
- 6.- La crisis de madurez, incluyendo el cambio de carrera
- 7.- La jubilación
- 8.- El envejecimiento
- 9.- La muerte (p. 31).

Slaikau (1996), connota como crisis de desarrollo, aquellas que están relacionadas con el traslado de una etapa de crecimiento a otra, y van desde la infancia hasta la senectud. En dichas etapas existen tareas de crecimiento y cuando existe alguna interrupción en la realización de estas, hay la posibilidad de que exista una crisis. De acuerdo con la teoría de crisis, muchas de estas son previsibles, ya que se sabe de forma previa, que las personas viven etapas determinantes que enfrentan en diferentes ocasiones de su vida.

Erickson (1963), fue uno de los precursores en precisar la idea de que la personalidad continúa su desarrollo en el curso de la vida. Erickson sugirió que el desarrollo psicosocial sigue una trayectoria de ocho etapas, las cuales poseen un potencial de crisis. De acuerdo a como se resuelvan los conflictos para el desarrollo en cada nivel, el crecimiento de una persona podría detenerse en uno o progresar hacia el inmediatamente superior.

En las crisis evolutivas o de desarrollo una transición puede convertirse en crisis, esto incluye lo siguiente (Slaikeu, 1996):

- a) Una crisis puede ocurrir cuando existe dificultad o alteración en el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo. Danish y D'Augelli (1980), mencionan que la transición de una etapa del desarrollo a otra puede ser frustrada por una inhabilitación, falta de conocimiento o la incapacidad para correr riesgos.
- b) Una transición puede convertirse en crisis, cuando existe una sobrecarga de exigencias. Brim (1977).
- c) Una persona puede experimentar una crisis en una transición, si no acepta o no está preparada para los sucesos determinantes (Danish y D'Augelli, 1980).
- d) Un individuo puede experimentar una de las transiciones del desarrollo como una crisis, si se observa a sí mismo como fuera de fase, de acuerdo con las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad. Al respecto Neugarter (1979), supone que nos movemos en torno de "relojes mentales", que nos indican si estamos dentro o fuera de tiempo con respecto a nuestros pares. En referencia al papel de las expectativas y del tiempo para cualquier persona, es trascendente comprender que el tiempo tiene aspectos biológicos, sociales y psicológicos, y que cada uno de estos, es sometido a cambios significativos en el proceso de las distintas generaciones.

Crisis circunstanciales (en Wainrib y Bloch 2001):

1. Según Caplan (1964), la pérdida de una fuente de satisfacción de necesidades básicas, tales como la muerte, la separación de una persona amada, o la pérdida de la integridad corporal, entre otras.
2. Gilliland y James (1993), "una crisis circunstancial surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que un individuo no tiene ninguna manera de prever o controlar es azaroso, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica". (pp. 30 y 31).

Ejemplo de crisis circunstanciales:

- 1.- La crisis sexual: violación, incesto
- 2.- El aborto
- 3.- El suicidio
- 4.- La enfermedad aguda o crónica
- 5.- El alcoholismo y abuso de sustancias adictivas
- 6.- El divorcio o la separación (ambos desde el punto de vista del individuo y la familia)
- 7.- Maltrato a niños, cónyuges, y/o a personas mayores
- 8.- La crisis familiar
- 9.- La viudez
- 10.- Víctimas de accidentes
- 11.- Víctimas de crímenes
- 12.- Choques culturales
- 13.- Huidas
- 14.- Las relacionadas con el trabajo: promoción, pérdida del trabajo, traslados
- 15.- Secuestros (p. 31).

En tanto que Slaikeu (1996) respecto a estas aporta, que son eventos accidentales o inesperados y hace hincapié en que son generadas por algún factor ambiental. En estas, existe un suceso precipitante, y presenta poca o ninguna relación con la edad o la etapa de vida del individuo que la experimenta. Algunos de los ejemplos que cita dentro de esta categoría son: cambios de residencia, divorcio y desempleo.

Las características principales de las crisis circunstanciales de acuerdo con Slaikeu (1996) son:

1. Aparición repentina.

2. Imprevisión. En la mayor parte de los casos, la gente tiende a pensar “eso le sucederá a alguien más”.
3. Calidad de urgencia. Muchas amenazan el bienestar físico y psicológico, generalmente empiezan como urgencias que requieren de una acción inmediata. De acuerdo a lo anterior, es necesario que las estrategias de intervención en crisis evalúen las prioridades de forma rápida y efectiva, lo cual lleve a una ejecución de pasos de acción apropiados.
4. Impacto potencial sobre comunidades enteras. Esta acotación se refiere a que pueden ser afectadas un gran número de personas de forma simultánea.
5. Peligro y oportunidad. Después de la desorganización de la crisis circunstancial, surge con el tiempo alguna forma de reorganización. Dicho evento tiene el potencial de trasladar a la persona y su familia a un nivel de actividad más alto o más bajos, para lo cual es necesario implementar nuevos métodos de enfrentamiento, además de que también está la posibilidad de analizar y reelaborar conflictos personales no resueltos en el pasado, con la posibilidad que un individuo emerja mejor preparado para enfrentar el futuro después de la crisis, que antes de ella.

Crisis existencial: Gilliland y James (1993, en Wainrib y Bloch 2001), refieren que son “los conflictos internos y la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso”. (p. 31)

1.5 Reacciones ante la crisis.

Reacción ante la crisis y el trauma.

De acuerdo a Wainrib y Bloch (2001), los eventos traumáticos y las crisis generan reacciones normales ante circunstancias anormales. Refieren que nada puede preparar efectivamente a una persona ante tales eventos y no existen tampoco predictores que indiquen lo funcional o no que reaccionará cualquier persona.

Acotan que las reacciones pueden ser leves, moderadas e intensas durante los eventos traumáticos o las crisis, Wilkinson & Vera, (1989, en Wainrib y Bloch 2001), también mencionan que el repertorio individual de la reacción puede aparecer en su integridad durante los días del evento o surgir durante los meses posteriores a dicho acontecimiento.

Si bien la mayor documentación surge de la experiencia bélica de la Segunda Guerra Mundial, que es en ésta, cuando se empleó por primera vez una base psicológica para explicar una serie de síntomas relacionados con el combate; siendo que la neurosis de guerra se convirtió entonces en un objetivo del tratamiento psiquiátrico. El concepto de trauma civil empezó a ser reconocido a comienzos de este siglo en las marcadas reacciones psicológicas de las víctimas de los accidentes ferroviarios.

Datos clínicos y empíricos, estudiados a lo largo de los años han dado una constelación de reacciones y consecuencias psicológicas derivadas de las catástrofes que son comunes en los individuos de todas las sociedades y que se presentan a continuación (Wainrib y Bloch 2001):

- Aplanamiento emocional
- Incredulidad
- Perturbaciones del sueño, pesadillas, en los niños terrores nocturnos
- Enojo e irritabilidad
- Flashbacks, pensamientos intrusivos
- Tristeza
- Olvido y pérdida de concentración
- Miedo a “volverse loco”
- Culpa del superviviente; pérdida de la sensación de seguridad del mundo; pérdida de confianza en los demás; sensación de que la vida carece de sentido
- Incremento en el uso de alcohol y droga
- Aislamiento social
- Excitabilidad, inquietud y nerviosismo
- Quejas de dolor, síntomas de gripe y refriado
- Minimización del incidente traumático

- Hipervigilancia
- Sentimientos de vergüenza, desesperación, desesperanza
- Sentimientos de invulnerabilidad, “ganas de problemas”
- Vértigo, temblor, mareo
- Taquicardia
- Sentimientos de euforia (Framer, 1990), (p. 45).

Wainrib y Bloch (2001), mencionan también que las víctimas pueden describir una alteración en la percepción del tiempo; evocaciones extremadamente vívidas de detalles; en conjunto, la sensación de que la identidad personal ha sido alterada irrevocablemente. Debido a que han vivenciado situaciones extremas, las personas sobrevivientes de catástrofes cuando vuelven, son diferentes de los demás, experimentan la sensación de ser forasteros.

Según Taplin (1971, en Slaikeu 1996), en el estado de crisis existe la vulnerabilidad y sugestibilidad del sujeto. Al respecto Halpern, (1973), la concibe también como reducción de defensas, esto ocurre, al momento en que un individuo se desintegra en sus respuestas de defensa y considera que no es capaz de salir adelante. Como Tyhurst (1958), sugiere, esta vulnerabilidad, sugestibilidad o reducción de las defensas es lo que produce la oportunidad de cambio que caracteriza a las crisis vitales.

En tanto que Halpern (1973, en Slaikeu 1996), menciona que las personas en crisis reportan los siguientes síntomas:

1. Sentimientos de cansancio y agotamiento
2. Sentimientos de desamparo
3. Sentimientos de inadecuación
4. Sentimientos de confusión
5. Síntomas físicos
6. Sentimientos de ansiedad
7. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales
8. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares

9. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales
10. Desorganización en sus actividades sociales (p. 345).

De acuerdo a lo que encuentra en este listado Halpern enfatiza la idea de Caplan de que el estado de crisis se define por el desequilibrio y la desproporción.

1.6 Conductas de enfrentamiento ante la crisis.

De acuerdo a Caplan (1964), existen siete características de la conducta de enfrentamiento efectivo.

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

El modelo anterior está basado en el de Lazarus (1980), en donde sugiere que el enfrentamiento se da en dos actividades principales. La primera incluye el cambio de situación-solución de problemas y el segundo implica el manejo de los componentes subjetivos.

Para Lazarus (1980), cuando ocurre algún evento amenazante, la persona realiza una primera y luego una segunda valoración de la situación, en la primera evaluación contesta a la interrogante “¿hay algún peligro aquí?”, lo que conjetura que los hechos pueden ser lo

mismo a) poco relevantes tanto como afecten el bienestar del individuo; b) benigno o positivo, o c) que generen tensión. Estos últimos pueden considerarse como uno de tres tipos. En primer lugar, el hecho puede representar algún daño físico o pérdida. Segundo, un acontecimiento tensionante puede ser una amenaza para el bienestar presente. Tercero, un suceso de mucha tensión puede también visualizarse como una representar un desafío, una ocasión de crecimiento, un dominio o ganancia. Previamente a cualquier enfrentamiento, la valoración primera es un proceso cognoscitivo, la cual establece si existe un riesgo, y si es así, cuales son los peligros.

La valoración secundaria en el modelo de Lazarus (1980), también es una valoración cognoscitiva, que implica el enfrentamiento, es decir, “qué hacer”. Dicha situación se encamina a un cambio y al manejo de los componentes subjetivos (sentimientos, pensamientos, bienestar físico, conducta) relacionados con el o los eventos.

1.7 Diferencia entre crisis y trauma.

Wainrib y Bloch (2001), denotan lo siguiente de acuerdo con la crisis y el trauma:

Refieren que la crisis, es entendida como algo universal y el trauma como algo particular. Mencionan que es universal en el sentido de que existen oportunidades de que las personas experimenten alguna o varias de estas crisis vitales, a lo largo de su vida. Un suceso traumático es algo especialmente destructivo en la vida de los sujetos, familias y comunidades, está considerado como un evento que afecta a otros, más allá de la víctima inmediata.

Los eventos traumáticos obligan a las capacidades ordinarias de los individuos y de las comunidades a ir más allá de lo que pueden tolerar y asimilar.

Durante los desastres o siniestros temporales; está presente una respuesta fisiológica en las personas involucradas como taquicardia, sudoración, temblor extremo, mareo, vómito y desfallecimientos; de igual forma existe un aspecto psicológico en el que presenta

confusión, excitabilidad, angustia, enojo, pesadillas, aplanamiento emocional, desconfianza, sentimientos de culpa, tristeza profunda y miedo.

En tanto que a nivel comunitario se ven afectados los servicios básicos de supervivencia como el agua, la energía eléctrica y la respuesta de emergencia médica. Cuando las comunidades se encuentran conmocionadas, la ayuda puede llegar desde el exterior a la zona afectada.

También proponen la siguiente clasificación en cuanto a eventos traumáticos, haciendo hincapié en que las reacciones emocionales al trauma dependen de la naturaleza del propio evento, esto es, entre más se conozca al evento se conocerán mejor los efectos de este. Dichos eventos pueden describirse mejor en una ocurrencia simple ante una ocurrencia múltiple, y de acuerdo a la comunidad, o la relación que existe entre las víctimas; la noción de estas dos proporciones es fundamental para que el profesional realice una evaluación e intervención psicológica.

1. Trauma natural y anticipado, en estos se encuentran algunos eventos naturales como inundaciones, huracanes, y tornados, de ocurrencia aislada o múltiple y en donde casi siempre se da en comunidades de amigos, vecinos y compañeros de trabajo.
2. Desastres naturales imprevisibles, estos pueden ocurrir una vez, o varias veces durante un breve periodo, ejemplo de esto son los terremotos, ciertos diluvios, avalanchas de lodo, y algunos tornados; también ocurren en comunidades en donde la gente se conoce o se relaciona.
3. El trauma accidental inducido por el ser humano, este suele ser un solo evento; el que sea accidental no exime el que otros puedan encontrarse responsables en un ámbito criminal o civil; este puede ocurrir en un contexto de foráneos o en un escenario en donde existan vínculos familiares o de amistad.
4. La violencia deliberada inducida por el ser humano, en esta se genera miedo individual y vulnerabilidad; esta puede ser aislada como en los tiroteos, agresiones individuales con armas punzocortantes, violaciones, robos, agresiones y asaltos a

bancos. Sin embargo, también puede ser múltiple en homicidios dobles, en asesinatos en el lugar de trabajo y los asesinatos en serie.

Algunos ejemplos sobre experiencias traumáticas:

- 1.- Violación
- 2.- Violencia
- 3.- Accidentes graves
- 4.- Desastres naturales
- 5.- Guerra
- 6.- Terrorismo
- 7.- Experiencias severas relacionadas con el trabajo (violencia, regulación de plantilla)
- 8.- Secuestro de rehenes
- 9.- Enfermedades que pongan en peligro la vida. (p. 37).

CAPÍTULO 2. INTERVENCIÓN EN CRISIS.

2.1 Intervención en crisis.

Antecedentes Históricos

La intervención en crisis, surge tras el incendio en el centro nocturno de Coconut Grove en Boston el 28 de noviembre de 1942, en donde perecieron 493 personas; a raíz de esto, Lindemann (1944 en Slaikeu 1996), realiza estudios sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes, lo cuales sirvieron de forma posterior para teorías sobre el proceso del duelo. En tanto que Gerald Caplan, fue el primero en visualizar las consecuencias de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos “un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera ajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis” (Caplan, 1964, p. 35).

De tal forma que la teoría de crisis propuesta por Caplan, incluye la estructura de la psicopatología de Erickson (1953), en donde menciona que los seres humanos pueden crecer o desarrollarse a través de ocho transiciones clave. En tanto que el interés de Caplan se centró en como las personas presentaban las diferentes transiciones de una a otra etapa; en esto identificó la importancia de los habilidades personales y sociales para determinar, si en las crisis del desarrollo o en las incidentales o inesperadas habría un mejoramiento o un empeoramiento.

Debido a que muchas de las crisis pueden ser identificadas y pronosticadas, se hizo importante prevenir y habilitar a practicantes comunitarios para apoyar a niños y adultos jóvenes a enfrentar este tipo de desorganización.

Al inicio de la década de los 60s, en los EUA, la prevención del suicidio creció rápidamente apoyándose en la teoría de crisis vital de Caplan, en donde se plantea comprender la grave desorganización y perturbación en función de esta teoría. Se crearon líneas de apoyo psicológico en los Ángeles y en Erie County (Búfalo), inicialmente para la atención del suicidio; sin embargo, cambiaron rápidamente a un enfoque de prevención dirigida a

brindar apoyo a una gran variedad de crisis, tales como intento de suicidio, desempleo, maltrato conyugal o rebeldía adolescente.

En tanto, en EUA, en 1961, en la administración de Kennedy, se promueven servicios de salud mental en medios comunitarios, esto es, no solo se brindaba esta ayuda en hospitales; la intención fue la intervención temprana enfocada a preservar los problemas menores, lejos de un desarrollo que los convirtiera en patologías graves.

Siendo en la década de 1960 y 1970 cuando los programas de intervención en crisis se desarrollan, surgiendo bibliografía en publicaciones de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social. En este tiempo también se evaluaron los centros de atención en crisis existentes.

Influencias Teóricas.

De acuerdo a Moos (1976, en Slaikeu 1996), la intervención en crisis tiene cuatro respaldos teóricos:

1. Charles Darwin, con la evolución y adaptación de las especies a su ambiente, en donde refiere que el más apto es el que sobrevive y en donde analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos en relación con su medio ambiente.
2. Otra influencia es la concerniente a la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano, es decir se centra en la motivación y el impulso, en donde se retoma la idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, la cual fue contradicha años después por Carl Rogers (1961) y por Abram Maslow (1954), quienes acentuaron la realización y el crecimiento positivos del hombre. Los dos se orientaron en las tendencias de los seres humanos hacia la autorrealización y la necesidad de enriquecer sus experiencias y desarrollar sus horizontes. Buhler (1962), coincide con la premisa anterior de autorrealización y otros en que la conducta humana es intencional y está orientada hacia la persecución y reestructuración de metas.

3. Una tercera influencia es el enfoque de Erickson (1963) del ciclo vital de desarrollo psicosocial, en donde contempla 8 etapas, las cuales implican un reto, una transición o una crisis.
4. La cuarta influencia surge de datos empíricos sobre como los humanos combaten el estrés vital extremo.

Niveles de prevención en la Intervención en Crisis.

Bloom y Caplan (1977, 1964 en Slaikou 1996), en lo referente al ambiente de la salud pública, refieren la prevención de tres formas:

1. La prevención primaria, la cual está dirigida a reducir la incidencia de trastornos.
2. La prevención secundaria, mitiga los efectos dañinos de los sucesos ocurridos. En ésta se da la intervención en crisis, la primera ayuda psicológica y la terapia en crisis.
3. La prevención terciaria, esta se encarga de reparar el daño hecho, tiempo después del suceso que lo origino. En ésta se da la psicoterapia a largo plazo, el reentrenamiento, la medicación y la rehabilitación.

De acuerdo a lo anterior, la intervención en crisis es prevención secundaria, debido a que es un proceso que se da después de ocurridos los eventos críticos de la vida.

Haciendo referencia a Danish y D'Augelli (1980), ambos mencionan que el concepto de prevención debería ser sustituido por el de crecimiento y enriquecimiento durante la crisis.

... el crecimiento esta precedido por un estado de desequilibrio o crisis que sirve como base para un crecimiento futuro. De hecho, sin crisis el crecimiento no es posible Caplan, (1964) reconoció esta cualidad de la crisis al argumentar que el modo como estas se resuelven, tiene un impacto capital sobre su papel final en la salud mental. Al esforzarse para alcanzar la estabilidad durante la crisis, el proceso de salir adelante por sí mismo puede redundar en el logro de una "estabilidad" cualitativamente diferente. De esta manera contrariamente al punto

de vista de que las crisis son destructivas, afirmamos que las misma pueden iniciar un proceso de restructuración hacia un crecimiento posterior (Danish, 1977). Si las crisis pueden tener los mismo resultados negativos que positivos, el objetivo de la intervención no es prevenirlas, sino más bien mejorar o enriquecer las aptitudes de los individuos para tratar constructivamente con estos sucesos (p. 61).

Definición de Intervención en Crisis.

De acuerdo a Slaikeu K. A. (1996), es:

“un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales y daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza” (p. 6).

Este proceso tienden a subdividirlo en dos fases: intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos, esta necesita brindarse de forma inmediata, al igual que la asistencia física, es brindada por los asistentes comunitarios que tuvieron el primer contacto con la víctima, su atención lleva minutos u horas; y la intervención en segunda instancia o terapia para crisis, requiere semanas o meses y es proporcionada por terapeutas y consejeros habilitados en técnicas de evaluación y tratamiento. Ambas son valiosas para determinar una solución a la crisis.

Es una estrategia restringida por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria), esto es, antes que se den los sucesos difíciles de la vida y por otro lado, las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) administradas después de que los sucesos de crisis y en donde las consecuencias han ocurrido. Esta estrategia toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. Los modelos experimentales la visualizan como la máxima oportunidad de crecimiento, debido a que los viejos patrones han sido hallados deficientes y los nuevos deben resurgir.

La meta principal de la intervención en crisis es ayudar a la persona a que recupere el nivel de funcionamiento que tenía antes de esta, lo que algunos autores definen como

restauración del equilibrio, mientras otros enfoques pretenden la reorientación de la capacidad de la persona para enfrentar la situación.

De acuerdo a lo anterior, Aguilera (1976), refiere que la meta mínima de la intervención en crisis, es la resolución psicológica de la crisis inmediata que vive la persona y el restablecimiento, en cuanto al funcionamiento que existía antes del periodo de crisis, siendo la meta máxima mejorar dicho funcionamiento por arriba del nivel existente antes de la situación de crisis.

Fernández y Rodríguez (2002), mencionan que la intervención en crisis brinda apoyo para aspectos más permanentes de la salud mental del individuo, en los que en otros momentos, no hubiera habido la posibilidad de intervenir, debido a que la persona no hubiera buscado ayuda y tampoco estaría presente el modificar, debido a que la situación no hubiera sido tan fácilmente modificable por el sujeto.

Slaikau (1988, en Fernández y Rodríguez 2002) la denomina intervención de segundo orden o intervención en crisis, tiene objetivos más amplios, que la de primer orden y se resume de la siguiente manera:

1. Contribuir a la supervivencia física
2. Identificar y expresar los sentimientos (pensamiento, conductas...) involucrados en la crisis
3. Obtener el dominio cognitivo
4. Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales (p.17).

Los elementos de este tipo de intervención, según el esquema de la terapia multimodal de Lazarus (1981, Slaikau, 1996), son:

- El objetivo general de la intervención en crisis es facilitar que la persona establezca nuevas formas de funcionamiento psicológico, interpersonal y social, de tal forma que

implemente sus capacidades que le garanticen aportes físicos, sociales y emocionales en la nueva situación.

- La intervención podría entenderse como un apoyo para llevar de forma exitosa el proceso que se ha iniciado con la misma crisis, siendo que el objetivo de la intervención sería facilitar este proceso.

2.2 Diferentes modelos de intervención en crisis.

Parad & Parad (1990, en Wainrib y Bloch 2001), refieren que es un proceso que influye dinámicamente en la actividad psicológica en un periodo de desequilibrio, con la finalidad de mitigar el impacto inmediato de los eventos estresantes o trastornadores y con el objetivo de reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como también recursos sociales de la personas afectadas en la crisis y de las personas claves en este evento para afrontar de una manera adaptativa el estrés. Los objetivos de la intervención son:

- Disminuir el impacto del evento estresante, a través de una primera ayuda emocional y ambiental pronta o de emergencia y
- Mejorar los intentos de afrontamiento e integración de la persona, a través del apoyo terapéutico inmediato y de la orientación durante el período de afrontamiento.

En el trauma como en la crisis, el principio que se encuentra en estos tanto en la intervención en crisis como en las aproximaciones de terapia breve para enfrentar el estrés traumático, es que los síntomas no son considerados como señales de deterioro de la personalidad, sino más bien como una muestra de que se está advirtiendo un periodo de transición de una duración relativamente breve. El objetivo es ayudar a los individuos, parejas y familias a enfrentar el período de transición estresante, reforzando y generando en las personas habilidades que pudiera necesitar para afrontar futuras tensiones. Otro modelo es el continuo de dilatación-constricción de Lillibridge y Klukkens (1978, en Wainrib y Bloch 2001), en este se da una perspectiva amplia sobre los extremos de conducta, cognición y afecto que se encontrarán probablemente durante la intervención, las

características de este esquema van de un extremo al otro de cada continuo, siendo que es difícil que una persona presente un patrón puro de cualquier extremo. (Ver tabla1).

Tabla 1

Modelo continuo de dilatación-constricción de Lillibridge y Klukkens.

Características a nivel cognitivo , de una persona en crisis que va de la dilatación hasta la constricción:	
<ul style="list-style-type: none"> • Características de la dilatación: pensamientos desorganizados, pensamiento caótico y gran confusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Características de la constricción: preocupación por el problema, rumiación cognitiva y obsesión.
Se necesita por parte del asistente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación: Clarificar el pensamiento, ser específico e identificar el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constricción: Sugerencias de alternativas viables y trabajar en la solución.
En el nivel afectivo las características son:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación: Emoción excesiva, no hay un intento por controlar la expresión emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constricción: Contención de la emoción.
Se necesita por parte del asistente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación: Intentar enfocar los sentimientos específicos, trabajar con material cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constricción: Ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma.
A nivel conductual las características son:	
<ul style="list-style-type: none"> • Características de la dilatación: Expresión de una conducta exagerada e inapropiada para esa persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Características de la constricción: Paralización, inmovilización y retirada.
Se necesita por parte del asistente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación: Resolución de problemas orientados a la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constricción: Ayuda para estimular la actividad y hacer cosas.

Otro modelo es el de Roberts (1991 en Wainrib y Bloch 2001), el cual ofrece una situación básica a lo que es la intervención en crisis.

1. Establezca contacto psicológico y cree rápidamente la relación.
2. Examine la dimensión del problema para definirlo.
3. Estimule la exploración de los sentimientos y emociones.
4. Genere y explore alternativas y soluciones específicas.

5. Explore y evalúe los intentos previos de afrontamiento.
6. Restablezca el funcionamiento cognitivo a través de un plan de acción.
7. Seguimiento. (p. 75)

El modelo de Gilliland y James (1993, en Wainrib y Bloch 2001) concibe el valor que tienen los elementos que aporta el asistente al evento. Incluyendo la apreciación personal, su historia, los eventos pasados, la sociedad en la cual fue educado, los traumas y los convencionalismos personales. Menciona que eventos pasados puede crear una sensibilidad especial en quien asesora, lo cual también puede afectar su percepción y crear puntos ciegos. De igual manera, está la posibilidad de que estas experiencias puedan dejar al asesor con una importante carga emocional o con una visión perjudicial. Así mismo, se espera que cada profesional sea consciente de sus propios puntos ciegos para visualizar sus limitaciones y actuar acertadamente. Por lo que cada asesor necesita hallar el contexto en el cual no es eficaz, y si encontrará algún punto ciego en él, es necesario canalizar al cliente con un colega. El modelo de Gilliland y James sugiere al terapeuta los siguientes procedimientos:

1. Reconozca las diferencias individuales
2. Evalúese
3. Muestre atención por la seguridad del cliente
4. Proporcione apoyo al cliente
5. Defina pronto el problema
6. Considere alternativas
7. Planifique los pasos de la acción terapéutica
8. Use las capacidades de afrontamiento del cliente
9. Atienda las necesidades inmediatas del cliente
10. Emplee los recursos de la remisión
11. Desarrolle y use una red de apoyo
12. Consiga un compromiso (p. 77).

Uno de los modelos pioneros y más inclusivos es el de Puryear (1981, en Wainrib y Bloch 2001), cuyos principios se presenta a continuación:

1. Intervención inmediata

2. Acción: participe y dirija activamente el proceso de evaluación de la situación y formule un plan de acción
3. Objetivo limitado: la meta mínima es desviarse de la catástrofe; la meta básica es restaurar la esperanza y el crecimiento
4. Esperanza y expectativas: inculque esperanza en la situación mediante las actitudes y expectativas apropiadas de los clientes
5. Apoye
6. Enfoque en la resolución de problemas: determine el problema, después realice una planificación apropiada y diseñe planes de acción
7. Refuerce la autoimagen
8. Estimule la autoconfianza (p. 77)

En el modelo propuesto por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch, se retoman los modelos propuestos por Parad; Lillibridge y Klukkens; Roberts; Gilliland y James; y Puryear, añadiendo dos aspectos, el primero es el modelo general de la respuesta de Relación-Evaluación-Remisión y el segundo es una adaptación que realizan del continuo de dilatación-constricción, este se refiere a los extremos de la conducta, cognición y afecto que probablemente se encuentren durante la intervención, y es el siguiente:

Relación:

A. Relación actitudinal.

1. Establezca la relación inicial y cree un ámbito seguro
2. Ajuste la aproximación a la relación en base al continuo de dilatación-constricción; estimule las reacciones emocionales en el caso de constricción y las expresiones cognoscitivas para la dilatación
3. Compruebe sus propias reacciones ante la situación y cliente
4. Marque apropiadamente el ritmo y modifíquelo si fuera necesario (reflejo-ritmo-cambio)
5. Valide y normalice
6. Respete las diferencias individuales y culturales
7. Cree un clima de esperanza
8. Evite trivializar
9. Sea consciente de la sugestionabilidad

B. Relación técnica.

1. Refuerce las capacidades del cliente e incremente su autoestima
2. Estimule la autoconfianza
3. Defina su propio rol
4. Defina claramente el problema y desarrolle la resolución de problemas
5. Explore las anteriores habilidades de afrontamiento del cliente para reforzar la autoimagen
6. Enseñe una nueva habilidad, mecanismo de afrontamiento o aproximación
7. Planifique conjuntamente las actividades
8. Apoye

Evaluación: Evalué

1. La urgencia
2. La severidad
3. La adecuación de la respuesta
4. El estado previo de la experiencia
5. Los recursos: internos, externos, comunitarios y espirituales.
6. Grado de correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos.

Remisión:

1. Recursos comunitarios
2. Otros profesionales. (p.79)

2.3 Psicoterapia breve y de emergencia.

Para Slaikeu (1996), la terapia breve, es un tratamiento de tiempo limitado y se emplea preferentemente en situaciones de crisis. Es un proceso de apoyo, que debe llevar alrededor de seis semanas como lo propone Caplan (1964), que es el tiempo que se requiere para que una persona recupere el equilibrio después de un evento de crisis. La generalidad de los investigadores coincide en llevar a cabo la intervención en crisis de 1 a 6 semanas (Aguilera y otros, 1974; Burgess y Baldwin, 1981); la terapia breve, presenta ventajas económicas al brindar el apoyo durante la proximidad de la crisis, en donde se elevan al máximo las oportunidades para que el paciente crezca, esto se logra al auxiliarlo

para que obtenga el dominio de la situación, y a moverse hacia la reorganización de una vida desorganizada.

En tanto que Bellak y Small (1990), mencionan que la importancia de la psicoterapia breve y de emergencia y la de otras psicoterapias rápidas, procede de la escases de personal competente que responda a las necesidades de la psicoterapia, y en otro sentido también es importante como medida preventiva, útil para la identificación y predicción, y en casos de tratamiento inmediato y corto, impidiendo una desadaptación grave que pueda generar una enfermedad seria y crónica. El número de sesiones que proponen es de una a seis, cada una de un tiempo de 45 a 50 minutos. La terapia breve tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa.

Aguilera (1976), refiere que “La psicoterapia breve está indicada para casos de aflicciones emocionales agudamente desgarradoras, en casos de circunstancias severamente destructivas y en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente o de otros. Otra de sus indicaciones comprende las circunstancias vitales del individuo. Si no puede comprometerse en una terapéutica a largo plazo que implica una residencia estable, trabajo, etc., entonces la psicoterapia breve está llamada a aliviar los síntomas destructivos”. (p. 14)

Ahora bien, Bellak y Small (1990), connotan que la utilidad de la psicoterapia breve, se puede emplear en casi todos los tipos de perturbaciones emocionales, sin embargo, no es el tratamiento en donde es posible la reestructuración del carácter y de la personalidad extensiva, lo que incluye la psiconeurosis, la psicosis y sociopatías sutiles y extendidas. Es importante también mencionar que no es recomendada la psicoterapia breve en los casos en los que se utilizó y no se obtuvo una estabilidad emocional, en estos se tendría que considerar si las condiciones permiten un tratamiento más prolongado como una psicoterapia extensiva o psicoanálisis.

En Sánchez y Sánchez (2001), encontramos las siguientes dos definiciones acerca de la psicoterapia breve:

1. Es una “técnica activa, focalizada, con una meta prevista, circunscrita, cálidamente mantenida, de acción orientadora y concerniente a las adaptaciones presentes” (Barten, 1971, p. 10).
2. Respecto a esta técnica Nemiah (1976), da las siguientes comentarios: a) es una técnica terapéutica, en donde la adaptación de los procedimientos y conceptos psicoanalíticos, aporta cambios psicológicos significativos en menor tiempo que los métodos clásicos.; b) existen criterios para la selección de pacientes, además de claridad y exactitud en cuanto a los procedimientos del tratamiento, de tal forma que es una técnica que se puede enseñar rápidamente a otros; y c) el establecimiento de un estudio sobre los abordajes terapéuticos, para comprobar científicamente la efectividad de este proceso terapéutico.

Desde esta perspectiva este proceso dura entre 20 y 25 sesiones, y se identifican cuatro ingredientes en esta técnica: marcada actividad terapéutica, elementos técnicos novedosos, actitud esperanzadora y optimista por parte del terapeuta e interpretaciones adelantadas de fenómenos transferenciales, resalta focos conflictivos con la finalidad de que el paciente mantenga la atención en estos, obteniendo centrar las asociaciones libres en éstos.

De acuerdo con Bellak & Small (1990), en lo referente a la práctica de la psicoterapia rápida, acotan que es importante que el terapeuta parta de un conjunto de hechos firmes y de hipótesis fundamentadas, siendo que la brevedad de la terapia exige el máximo orden, en la precisión del pensamiento y economía en la intervención. El terapeuta tiene que estar pendiente de cada comunicación significativa, de forma rápida formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido común, y casi paralelamente tiene que decidir sobre cuál es la intervención más fructífera.

Siguiendo con la perspectiva de estos autores, señalan que:

“en la psicoterapia rápida el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presentan, tiene que inventar alternativas. Por ello la psicoterapia rápida y de emergencia es propiamente una especialidad para el profesional experimentado porque requiere el empleo total e inmediato de sus capacidades” (p. 9).

Aguilera (1976), también menciona que en la psicoterapia breve se evitan tratar asuntos que no están relacionados con el problema, esto es, el terapeuta tiene que asumir un rol activo, por lo que ayuda al paciente a evaluar la realidad de la situación con la finalidad de modificarla y cambiarla, estimulando así el comportamiento productivo.

Es esta autora, quien dice que en este proceso se intenta fortalecer el Yo aumentando la autoestima del paciente, para lo cual, una faceta del proceso es una relación lineal, haciéndole sentir al consultante que sus problemas no son más raros que los de otras personas. Esta técnica alivia la angustia y facilita la comunicación entre paciente y terapeuta. Otros procedimientos básicos son: catarsis; el manejo de la represión y la restricción; la prueba de realidad; la intelectualización; el reaseguramiento y apoyo; la asesoría y la orientación, con el fin de que el paciente esté dentro de ciertas pautas de conducta.

Por otra parte, refiere como importante la finalización del tratamiento, momento en donde se debe dejar al paciente con una transferencia positiva y con la posibilidad de que puede regresar en caso de que lo necesite. El aprendizaje vivido debe reforzarse para que el paciente se dé cuenta de que ha comenzado a comprender y solucionar sus propios problemas; lo anterior en un ámbito preventivo ayudará al paciente a reconocer sus problemas futuros. Respecto al número de sesiones, propone en promedio de una a seis sesiones.

Si bien, la intervención en crisis se basa mayormente en el modelo de psicoterapia breve y de emergencia, ésta cuenta con su propio sustento; en tanto que la interacción telefónica puede verse enriquecida con tres importantes perspectivas terapéuticas:

- El modelo humanista como el enfoque centrado en la persona, que deposita la confianza en las habilidades del cliente teniendo como tarea, el orientador, la de facilitar de forma sensible los procesos.
- La terapia cognitivo conductual, de suma importancia, ya que apoya al usuario en la toma de decisiones de forma planeada, condición relevante en un evento de crisis, de igual manera este enfoque nos permite asumir una actitud directiva necesaria en ocasiones, bajo estas circunstancias.
- El enfoque sistémico, también fenomenológico se centra en el aquí y el ahora, de igual manera se vale de lo que el consultante trae consigo para la solución de la problemática, sin embargo, contempla como elementos importantes a la persona y sus interrelaciones, atendiendo de manera particular aquellas relaciones significativas para el mantenimiento del problema y cómo éstas determinan en su actuar.

2.3.1 Enfoque Humanista.

De acuerdo a Nye (2002), la teoría de la personalidad de Rogers denominada como “fenomenológica humanista”, considera, al ser humano con la tendencia básica de crecer, realizarse y que esto es entendido en términos de sus pensamientos individuales de la realidad. Rogers reflexiona que si se libera a las personas de los influjos sociales restrictivos y de corrupción, pueden llegar a tener niveles altos de funcionamiento, a nivel personal e interpersonal, de tal forma que eviten distorsiones de la realidad e imposibilidad del logro de un mayor crecimiento y realización personal. Dicha perspectiva fenomenológica, indica que es importante comprender las percepciones que la persona tiene de la realidad para poder entender su conducta.

Siguiendo con la idea de este autor, el término “cliente” lo emplea Rogers, ya que acentúa una participación activa, voluntaria y responsable de la persona, así mismo visualiza la igualdad entre el terapeuta y el individuo que busca apoyo, evitando el concebir al cliente como enfermo o de que se está experimentando con él, en el proceso terapéutico.

Destacó que el terapeuta tiene que generar una atmósfera cálida y de aceptación para que los clientes puedan expresarse libremente. Las actitudes del terapeuta tienen que estar en función de una aceptación honesta, entender los esfuerzos de los clientes para conseguir una mejor conciencia de sus experiencias internas y de las atribuciones ambientales que los afectan.

Rogers (1959, en Nye 2002), propone en su teoría de la personalidad el concepto central de la *tendencia a la realización* (también denominada *tendencia a la autorrealización*), se refiere a una tendencia natural de crecimiento y la satisfacción personal. Esto es, cuando el Yo de la persona, o *autoconcepto*, se desarrolla, parte de la tendencia a la realización se enfoca al mejoramiento del Yo. La autorrealización marcha bien si la persona está en relación con el proceso de valoración orgánica; es decir, de sus preferencias y sentimientos reales. Es más posible que esto se dé, si la persona tiene consideración positiva incondicional de personas importantes (padres, maestros, etc.). Es poco viable que suceda si se adopta *consideración positiva condicional*; esto es, para conservar la consideración positiva o aceptación de los demás, se dejan de lado las propias preferencias y sentimientos reales. De tal forma que la autorrealización de la persona está en función de las preferencias y sentimientos de otros. Siendo que sobreviene el alejamiento básico del Yo, de la experiencia orgánica natural y del proceso de valoración orgánica, generándose una *incongruencia*, bloqueando el progreso de convertirse en una persona totalmente funcional.

Desde esta perspectiva Lerner (1974), menciona que en la teoría de Rogers, el Yo, es equivalente al “autoconcepto” o “autoimagen”. Rogers (1966), definió de la siguiente manera este concepto: “es la configuración experiencial compuesta de percepciones que se refieren al Yo, a las relaciones del Yo con los demás, con el medio y con la vida en general, así como los valores que el sujeto concede a estas diferentes percepciones” (p. 19).

Este mismo autor, dice que Rogers, concibe a la psiquis como un proceso de “experiencias” integrales (psicofísicas) que se van dando a cada instante en la persona y enfatiza lo siguiente:

- Tendencia actualizante: es fuerza fundamental que impulsa al organismo de forma global a una meta específica, a su mantenimiento y crecimiento.
- El organismo: Rogers no separa los procesos psíquicos de su cimiento orgánico, o sea del cuerpo, es decir los dos niveles, el psíquico y el corporal, actúan en una integración constante. Rogers utilizó el vocablo “organismo” al que denotó un sentido holístico como “ser psicofísico o global”, lo anterior permite una comprensión compleja de los problemas psíquicos.
- La experiencia: Estos son las reseñas esenciales que la persona utiliza para valorarse a sí mismo y la realidad en la que se encuentra, Rogers acotó que tales datos provienen de “experiencias viscerales y sensoriales”, concretas para cada persona. Es decir, las experiencias corporales, precisas o no, de cada evento da al sujeto cierta información de la que va naciendo su escala personal de valores y su imagen de la realidad.
- La negación. Es un proceso defensivo, para enfrentar situaciones externas perjudiciales, cuyo objetivo es mantener la homeostasis y apartar al organismo del estímulo “nociceptivo” o amenazador. Es un mecanismo de defensa, el cual reacciona a la amenaza bloqueando o distorsionando su percepción. Estos es, la “noción del yo” al no tolerar las “experiencias” perjudiciales procedentes del “organismo” bloquea o deforma su correcta simbolización en la conciencia.
- Esquema de conflicto psíquico. El “organismo” envía continuamente a su Yo información de las continuas “experiencias”. Algunas de estas son satisfactorias, otras no. Dichas “experiencias” son registradas como *reales* por el Yo, lo que en términos rogerianos se expresa: son correctamente “simbolizadas” o “concientizadas”.

Terapia Centrada en el Cliente o en la Persona.

Dartevelle (2010), refiere que el objetivo de la terapia centrada en la persona es “Respetar a la persona”, tener la seguridad y aplicarlo, de que es el cliente quien sabe que es lo conveniente para su vida y no el terapeuta. La persona es quien posee dentro de sí su verdad, su bienestar y los recursos para alcanzarlo. En él se encuentran también, sus decisiones, las cuales rigen la trayectoria de su vida.

Nye (2002), menciona que Rogers, la denomina inicialmente como “terapia centrada en el cliente”, posteriormente la designa “terapia centrada en la persona”. Rogers decía que “la psicoterapia es la liberación de una capacidad ya existente en un individuo potencialmente competente” (Rogers, 1959). Es posible liberar esta “capacidad ya existente” si existen las siguientes tres condiciones, en cuanto a la actitud del terapeuta, a éstas tres, sumo posteriormente dos más:

1. El terapeuta es congruente en la relación. Esto se refiere a que es auténtico, real, legítimo, integrado, no presenta apariencias defensivas, y es capaz de tratar al cliente sobre la base de su propia experiencia orgánica. Existe congruencia entre lo que el terapeuta siente y lo que comunica al cliente. Rogers (1964) cuando el terapeuta presenta “coherencia”, es capaz de vivir sus sentimientos, serlos y comunicarlos al cliente.
2. El terapeuta experimenta consideración positiva incondicional por el cliente. Esto es, su relación con el cliente es de persona a persona y siente que el cliente es un individuo valioso, independiente a su condición, sentimientos o conducta. Se “valora” al cliente por lo que es y puede llegar a ser. También se consideran aspectos como: “calidez”, “aceptación” y “cuidados no posesivos”. Rogers (1964), el terapeuta se preocupa por el cliente, lo valora incondicionalmente, sin que exista limitaciones en esta aceptación, lo cual implica un sentimiento sin reservas ni evaluaciones.
3. Existe un entendimiento empático del cliente. Rogers, al respecto indica que el terapeuta debe estar implicado de manera sensible con las experiencias del cliente y ser competente de comunicar efectivamente éstas. Rogers (1964), refiere que cuando

la persona se siente comprendida, más que ser juzgada o analizada, esto genera un clima en el que puede desarrollarse y madurar. Rogers (1972, en Castanedo, Brenes, Jensen, Lucke, Rodríguez y Thomas 2000). “Cuando el terapeuta llega a captar instante por instante lo que el cliente experimenta en su mundo interior como lo ve y lo siente, sin que su propia identidad se disuelva en ese proceso empático, es cuando puede producirse el cambio” (p. 227).

En 1986 Rogers, suma dos condiciones más:

- La confianza básica en la gente. De acuerdo con Rogers, es más factible que los individuos, desplieguen todo su potencial, en función de crear y conseguir sus propias metas cuando se les tiene confianza.
- Rogers advierte de que su presencia afectaba profundamente al desarrollo y la curación de la otra persona. Darteville (2010), refiere que la presencia del terapeuta está conformada de energía, de centralización y de irradiación.

Rogers (1959, en Rogers y Rosenberg, 1989), atribuye a la percepción un papel muy importante en la formación del autoconcepto y en la elección de opciones de comportamiento; la terapia sucede en el aquí y ahora, recalando la relevancia del reconocimiento de lo que acontece en la misma persona, tiene su agregado en el interés de lo inmediato, a la situación presente.

La terapia centrada en el cliente (o en la persona), es el medio por el cual la persona recupera el contacto con sus preferencias y sentimientos reales, corrige el “alejamiento básico” y gesta un Yo más pleno y congruente. El terapeuta constituye las circunstancias de realidad o autenticidad, consideración positiva incondicional y empatía, entregado a la capacidad propia del cliente para cambiar en tales condiciones. El terapeuta no dirige, no aconseja, más bien confía en que el cliente se autodescubra en un ambiente de terapia cálido, de aceptación y honesto.

Rogers (1964), respecto a la relación terapéutica, menciona es una condición de libertad de explorarse a sí mismo, tanto a nivel consciente como inconsciente, tan pronto como es viable emprender esta peligrosa búsqueda, el cliente tiene que sentirse libre de toda valoración moral o diagnóstica. La relación que encontró de ayuda, esta permeada de transparencia, en donde se ponen de manifiesto los verdaderos sentimientos del terapeuta, respecto a la aceptación de la otra persona como diferente, valiosa por su propio derecho, y por una comprensión empática, esto permite al terapeuta observar el mundo del cliente tal y como él lo ve, de tal manera que el terapeuta se convierte en un compañero de su cliente en el proceso terapéutico. Presentes estos aspectos, el cliente, experimenta y comprende situaciones de sí mismo que había reprimido; logrando cada vez mayor integración personal y eficacia; se va pareciendo cada vez más a la persona que querría ser; se torna más personal, creativo, expresivo; emprendedor, se tendrá más confianza; se volverá más comprensivo y con una mejor aceptación hacia los demás, y enfrentará los problemas cotidianos de una manera sencilla y apropiada.

Rogers (1964), menciona que los resultados de este proceso son la modificación de la personalidad y la conducta, en función de salud y maduración psíquica, también se logran relaciones más realistas consigo mismos, los demás y el medio ambiente. Respecto al proceso también refiere que en un ambiente psicológico propicio se puede gestar un proceso de transformación: el cliente abandona las máscaras defensivas con las que ha enfrentado la vida y vivencia sus aspectos antes ocultos. En tanto que la persona que emerge de terapia es más abierta a todos los elementos de su experiencia orgánica, desarrolla confianza en su propio organismo como una herramienta de vida sensible, admite evaluaciones internas, experimenta vivir de una forma dinámica y fluyente, en donde la experiencia continua le accede a descubrir aspectos nuevos de sí mismo.

Castanedo et al. (2000), mencionan que en la terapia centrada en la persona se hace uso de las siguientes técnicas de reexpresión.

- La reformulación reflejo: Esta técnica consiste en parafrasear o “reflejar” la información del otro. Se realiza cuando el sujeto finaliza un período en el cual ha

expresado algo, para reformular lo que dijo y pueda examinar su propio discurso, actuando el orientador de tal manera que el cliente comprenda que el entrevistador ha entendido.

- La reformulación resumen: Es una manera más elaborada de reformulación reflejo, con esta se pretende traducir lo más importante del dialogo, se realiza un resumen desde el propio marco de referencia de la persona.

Las siguientes son respuestas del cliente que son para el terapeuta signos de calidad de su reformulación:

- La reformulación como inversión de la relación figura-fondo: esta es visualizada en la teoría rogeriana como la reestructuración del campo, esta es explicada a través de la imagen de la teoría gestáltica, en donde la figura se acentúa sobre el fondo, pero también el fondo puede llegar a ser la figura. En esta no se omite, ni se agrega nada de lo que es dado, cambiando la relación figura-fondo. De tal forma, que se hace aparecer de pronto algo que hasta entonces era latente. Esta inversión aporta algo nuevo ofreciendo al cliente la posibilidad de ver de otra forma su propia percepción.
- La reformulación-clarificación propiamente dicha: Lo que el cliente dice es la expresión de lo que siente con todo lo que implica en cuanto a desorden y confusión. La clarificación es lo más complejo y efectivo de la reformulación: radica en revelar y remitir al cliente el sentido de lo dijo. La clarificación se debe emplear al nivel de lo esencial, y es la capacidad para aclarar lo que el cliente dice, supone una capacidad para poner en claro lo que el sujeto dice, frecuentemente de forma confusa y desorganizada.

2.3.2 Enfoque Cognitivo Conductual.

Para comprender, el enfoque cognitivo conductual, Kaplan (1987), refiere que éste procede del psicoanálisis, de la filosofía fenomenológica, la psicología y la psicología de la conducta, esto es, de la experiencia de la realidad, más que de un contexto objetivo.

Hewitt y Gantiva (2009), mencionan que los principios del enfoque cognitivo conductual de la terapia breve, tiene sus principios en las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva.

De acuerdo con Kaplan (1987), la terapia cognitivo conductual es breve, es estructurada, y se enfoca a los problemas actuales y a la solución de estos.

Hewitt y Gantiva (2009). Refieren que la terapia breve con enfoque cognitivo conductual, es una herramienta terapéutica de tiempo más corto y cuya finalidad es generar el cambio de un comportamiento específico, en vez de uno a gran nivel, también visualizan con este enfoque, el aumentar la autoeficacia, la motivación para el cambio, la empatía y la alianza terapéutica; empleando, entre otras, técnicas la escucha activa, con la finalidad de que el consultante identifique cómo, cuándo y por qué lograría cambiar (Miller y Rollnick, 1999; Longabaugh y Wirtz, 2001).

El objetivo de la terapia breve con enfoque cognitivo conductual es el apoyar a los consultantes a percibir que son ellos los que causan sus problemas emocionales y conductuales, lo cual es provocado por sus propias creencias; por tanto, son ellos quienes pueden generar el cambio, a través de incrementar su tendencia motivacional y la intención de cambio. De tal forma que, deben fijarse metas y encontrar argumentos para modificar o interrumpir sus comportamientos problemáticos, así como reconocer eventos que hacen que se presente con mayor probabilidad la conducta problema, para desarrollar estrategias que les permita enfrentarse a ella.(Hewitt y Gantiva, 2009).

Ingram y Scott (1990, en Martin y Pear 1996), refieren que las técnicas cognitivo conductuales pueden especificarse en tres clases: 1. Métodos de reestructuración cognitiva; 2. Métodos de afrontamiento autoinstruccionales; y 3. Estrategias de solución de problemas. A estas clasificaciones habría que sumarles el enfoque conexionista, (Hernández y Sánchez, 2007).

Terapia Racional-Emotiva (TRE) de Albert Ellis, se basa en la inferencia de que la gran mayoría de los problemas emocionales y conductuales diarios, se generan en

aseveraciones irracionales que las personas hacen sobre sí misma, cuando los eventos de su vida no van por donde quisieran que se dirigieran. El enfoque de Ellis, habilita a los clientes para que las afirmaciones irracionales que tienen sobre sí mismos, sean cambiadas por afirmaciones positivas y realistas, para lograr esto Ellis, reta concisamente las ideas irracionales del cliente, a través de modelar reinterpretaciones racionales sobre los eventos generadores del problema. Más adelante, Ellis (1993), agregó a su propuesta terapéutica el término *comportamental-racional-emotiva* TCRE, debido a que aunque se le considera un terapeuta cognitivo, con insistencia trabaja con tareas comportamentales para casa.

De acuerdo con Martin y Pear (1996), la terapia cognitiva de Aarón T. Beck, se desarrolla independiente a la de Ellis, aunque es equivalente a la TCRE. Surge como tratamiento para la depresión; sin embargo se ha empleado en una gran variedad de problemas, como estados maniáticos, trastornos de ansiedad, histeria, trastornos obsesivos, trastornos psicósomáticos y fobias. Beck (1976), refiere que las personas con trastornos emocionales soportan una gran cantidad de pensamientos absurdos o disfuncionales, lo que genera o empeora su problemática. Lo primero en el procedimiento de Beck, es ubicar los pensamientos disfuncionales y supuestos desadaptados, una vez hecho esto, utiliza la *prueba de realidad o comprobación de hipótesis*. Cuando los pensamientos y las creencias inadecuadas, son considerados a través del aprendizaje más como una hipótesis que como una realidad por parte del cliente, se puede poner a prueba experimental. Por último, de igual forma que Ellis, Beck hace un uso habitual de tareas para casa, las cuales tienen porciones variables de métodos de modificación de conducta.

Ingram y Scott (1990, en Martin y Pear 1996), el método de afrontamiento autoinstruccional, se enfoca en apoyar al cliente a generar habilidades de enfrentamiento para situaciones estresantes, que generalmente están fuera de su control. Uno de estos enfoques es el de Donald Meichenbaum (1977 y 1986). De igual manera que Ellis y Beck, Meichenbaum se enfoca en el remplazo de pensamientos disfuncionales por otros positivos; sin embargo, también recalca la función de la autoinstrucción. Este enfoque

subraya la importancia de enseñar al cliente a enfrentar las emociones negativas, más que a eliminarlas por completo.

Cormier, W y Cormier L. (2000), hacen mención de que la terapia de resolución de problemas o entrenamiento, surgió a finales de los 60 y principios de los 70 como una directriz en el avance de las técnicas preventivas y de intervención para mejorar la competencia en situaciones específicas. D'Zurilla (1988), la define como un "proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo (o grupo) trata de identificar, descubrir o inventar medios efectivos para manejar los problemas que encuentra en su vida diaria" (p. 457). Rose (1986), describe la resolución de problemas como una técnica, a través de la cual "el cliente aprende a trabajar sistemáticamente, a través de una muestra de pasos para analizar un problema, descubrir nuevos enfoques, evaluar dichos enfoques y elaborar estrategias para aplicar tales enfoques en el mundo real" (p. 457).

Hernández y Sánchez (2007), indican que en las décadas de los 70's y 80's nace el enfoque conexionista. Las particularidades que puntualiza el conexionismo moderno son su seguridad en el procesamiento de distribución paralela (Rumelhart y Mc-Clelland, 1986), sus pruebas de representar los ordenamientos de la redes neuronales (Sejnowsky, Koch y Churchland, 1988), y su concesión de que algunos aspectos del paso de información biológica pueden ser subsimbólicos (Smolensky, 1988). El conocimiento de procesos subsimbólicos cree que existe gran complejidad dentro del aprendizaje del conocimiento.

Un avance moderno dentro del enfoque cognitivo, es el que se conoce como construccionismo o metateoría constructivista. El constructivismo (Bruner, 1990; Hayek, 1952; Mahoney, 1988), destaca el origen activo-proactivo del conocimiento. El constructivismo plantea una actividad interior que se crea por sí misma como explicación para entender los procesos del conocimiento. El constructivismo da gran importancia a la actividad de los procesos de ordenación tácita (inconsciente), en la complicación de la experiencia humana y en las ventajas de un acercamiento al saber comprendido como un transcurso continuo.

El enfoque constructivista da gran importancia a factores biológicos y a las causas u orígenes sociales, en el sustento y tratamiento de los trastornos psicológicos.

De acuerdo con Caro (2011), las estrategias cognitivas en el modelo de Ellis y cols. (1979), son:

- El método socrático, como estrategia cognitiva para debatir creencias irracionales, en éste DeRubeis, Tang y Beck (2001, p. 363) comenta que se elaboran preguntas, el término “descubrimiento guiado”, hace referencia a cuestionamientos orientados, cuya finalidad en el paciente es lograr alcanzar nuevos panoramas que ponen en duda sus conclusiones erróneas.
- La búsqueda de respuestas alternativas: El objetivo es conseguir que el paciente realice una constante investigación, lo que le posibilite descubrir alternativas a su conflicto desde un punto de vista amplio, lo que conlleva cambios cognitivos y cambios conductuales.
- Análisis de la lógica incorrecta: Se trata de una técnica racionalista que muestra la necesidad de producir una reestructuración cognitiva para que se geste un cambio cognitivo. Se pretende que el consultante reflexione sobre la invalidez de su pensamiento, reflexione esto, y se encamine a encontrar alternativas racionales.
- La técnica de comprobación de hipótesis. El paciente debe buscar una demostración empírica para los pensamientos más importantes mediante el proceso de experimentos.
- El uso de experimentos conductuales: la utilización de experimentos es parte fundamental del modelo cognitivo, así como para las personas, debido a que se emplea la conducta para respaldar los pensamientos, supuestos y creencias (Bennetti-Levy y cols., 2004; Whitfield y Davidson, 2007).

Caro (2011), también hace referencia a algunas de las técnicas cognitivas en la terapia centrada en esquemas de Young.

- Técnica de argumento y contraargumento, es manejada inicialmente por Young, en la línea de estos diálogos, está se puede manejar de varias formas. En una de ellas el terapeuta funge en un diálogo terapéutico, como si fuera la parte sana, es decir, es la parte que refuta el esquema negativo del cliente, mientras que este último representa el papel de su propio esquema. Posteriormente se cambian los roles, el paciente pasa a escenificar la parte sana que contradice su esquema, mientras que el terapeuta pasa a asumir la parte menos sana. Una variante de esta técnica puede ser que el cliente se enoje con el esquema, lo que pretende el terapeuta es provocar al paciente, fungiendo el papel del esquema de forma extrema, de forma que el paciente tiene que intentar lidiar contra el esquema enfadándose y rehusando rendirse.
- Uso de tarjetas de recuerdo. Son tarjetas con frases o afirmaciones generadas por el terapeuta y el paciente que retan concisamente al esquema desadaptativo del paciente.

Sarason (1973, en Cormier, W y Cormier L. 2000), propone:

- El modelado cognitivo con entrenamiento cognitivo autoinstruccionado. Consiste en que el terapeuta enseña al consultante a decirse a sí mismo qué hacer en diferentes situaciones, con el objetivo de generar los cambios comportamentales esperados.

Algunos de los estadios propuestos por D´Zurilla en torno a la solución de problemas (1986, en Cormier, W. y Cormier L. 2000), son:

- Orientación del problema: Se evalúa el manejo resolutivo del cliente, la finalidad es educar al cliente en las destrezas resolutivas y facilitadoras; se establecen los obstáculos emocionales, cognitivos, se habilita en su manejo, con el objetivo de enfrentar la problemática, desde diferentes ángulos, así como también se evalúa el tiempo, la energía y el compromiso para resolverlo. D´Zurilla (1988), agrega que el papel del terapeuta es apoyar al cliente, a cambiar su visión sobre la resolución del problema, esto es, visualizar las problemáticas como parte de la vida, lo cual es una opción para crecer personalmente y una situación de autocontrol.

- Definición y formulación del problema: Se apoya al cliente a recabar la información objetiva y relevante que permita la comprensión de los problemas, para identificar sus componentes, los que pueden estar centrados en aspectos emocionales, así también reconocer las metas de resolución correspondientes a cada problemática. Refiere también que una meta es lo que el cliente desea que ocurra como el resultado de la resolución del problema. Las metas deben ser realistas; especificar el nivel y tipo de conducta; y bajo qué circunstancias la meta proporcionará la resolución de la problemática.
- Elaboración de soluciones alternativas. Enseñar al cliente a pensar en diferentes alternativas para manejar la problemática y a aplazar el uso de los principios de juicio, cantidad y calidad.
- Toma de decisiones: Se genera el análisis y evaluación del cliente de las alternativas, los posibles resultados que se obtendrán de cada meta y la elección de un plan de acción.
- Aplicación y verificación de las soluciones: Se incita al cliente a que ensaye de forma conjunta varias soluciones alternativas, se auto-observe, evalúe, refuerce, y también se reciclan las estrategias resolutivas cuando las soluciones no funcionan.

2.3.3 Enfoque Sistémico.

En otro orden de ideas, Shazer (1991), afirma que el iniciador de la terapia breve con enfoque sistémico es Milton Erickson (1954 a), y que la meta de la terapia breve es valerse de lo que el paciente trae consigo, de tal manera que se trabaja para satisfacer sus necesidades, y que logre una vida satisfactoria por sí mismo.

Szprachman (2003), hace mención que en el modelo de Palo alto “La terapia breve focalizada en la resolución de un problema dirige su atención a un problema específico y determinado, atendiendo especialmente al circuito internacional sostenedor del problema, e interviniendo luego en forma deliberada para lograr los cambios deseados” (p. 16).

Esta autora, señala que en la Terapia Sistémica, las aplicaciones actuales son variadas: en la docencia, la investigación, el apoyo a personas de cualquier edad, parejas, familias y a todo grupo humano u organización donde se quiera abordar una problemática.

Desde esta perspectiva, Nardone y Watzlawick (1999), dicen que la intervención terapéutica es una intervención breve, cuyo objetivo es la desaparición de los síntomas y la solución de los problemas que muestra el paciente, es una reestructuración y modificación de como el consultante percibe la realidad y las reacciones de comportamiento, al proponer soluciones alternas.

Cade (1995), menciona que existen dos enfoques:

- Terapias estratégicas, que se interesan en el modo en que las secuencias revelan y reflejan la forma. Se considera que los síntomas cubren una función y aportan información simbólica sobre la disfunción jerárquica (Haley, 1976; Madanes, 1981 a, 1984; Papp, 1983).
- Terapias breves, el análisis de las ideas y de las sucesiones repetitivas que rodean a los síntomas, forman un nivel de explicación suficiente; se suponen no necesarias las deducciones sobre su propósito, función o estructura familiar (Cade, 1985; de Shazer, 1982, 1985, 1988; Fisch y otros, 1982; O'Hanlon, 1982; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Weakland y otros, 1974). Las sucesiones se observan para identificar pautas de pensamiento y conductas que se autorrefuerzan.

Szprachman (2003), refiere que las terapias breves con enfoque sistémico, surgen en E.E.U.U en la década de los 50's, intentando dar respuestas diferentes a las escuelas tradicionales frente al problema de la esquizofrenia.

A lo largo del tiempo, se desarrollaron líneas que privilegian más unos aspectos sobre otros, en las cuales se encuentran como fundamentales:

- El modelo estructural
- El modelo de Palo Alto

- El modelo de Milán

De acuerdo con lo anterior, en cuanto al modelo estructural su principal representante es Salvador Minuchin (1984), este modelo se centra en el análisis de cómo se organiza la interdependencia y la jerarquía, en esta se da importancia a la estructura. El de Palo Alto, precedido por Weakland, Watzlawick y Fisch, se centra en el proceso de interacción, siendo que el modelo es el circuito que mantiene la problemática. En tanto que en el de Milán, el foco de análisis es el significado que da el sistema (Szprachman, 2003).

Szprachman (2003), plantea que el modelo de Palo alto, surge en noviembre de 1958, cuando Don D. Jackson, psiquiatra de la Palo Alto Medical Research Foundation de California EE.UU., junto con Jules Riskin, Virginia Satir y un grupo de colaboradores fundaron el M.R.I. (Mental Research Institute), bajo la dirección del psiquiatra Richard Fisch, quien junto con Weakland y Watzlawick se enfocaron en convertir la Terapia Breve, en una terapia en sí misma.

De acuerdo con Nardone y Watzlawick (1999), el grupo de Palo Alto, se centra en la resolución de los problemas, en tiempo breve, mermando el sufrimiento humano, a través de estrategias y técnicas para lograr suprimir el síntoma, o bien crear una pronta transformación del problema, cambiando así la realidad del consultante. Con base en lo anterior, recibe la denominación de terapia estratégica breve, teniendo como primer fundamento la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética de las interacciones humanas. Dichos fundamentos encuentran que la solución del trastorno, se puede realizar al desestructurar un circuito de acciones y retroacciones erradas, lo que son intentos de solución fallidos, los cuales sostienen el problema queja de inicio. También usan como un segundo fundamento, el constructivismo moderno que permite entender el sistema de creencias del consultante, y realizar cambios de sentido, a través de la técnica del reencuadre. El enfoque estratégico, remite a cómo los seres humanos se vinculan con la realidad, consigo mismo, con los demás y el mundo.

Szprachman (2003), refiere que en el modelo Palo Alto, el tratamiento se enfoca en lo que el consultante está haciendo y el resultado en la resolución del problema. Se realiza la interrupción, esto es, se bloquean las soluciones infructuosas y se redefinen las actuaciones problemáticas. Se define el problema, indagando acerca de las soluciones intentadas por el cliente, las cuales no han dado resultado, de tal forma que si se cambia esta conducta adecuadamente o elimina, la problemática se disuelve o suprime, independientemente de su origen, permanencia o naturaleza.

Shazer (1991), propone algunas técnicas, empleadas en la terapia breve:

- Técnica de la confusión: Se establece una buena relación y colaboración entre terapeuta y cliente, resultando importante el establecer una meta, que es lo que da sentido. Una vez que se constituye la meta, en esta situación ambigua, se crean condiciones para que en un periodo corto se generen soluciones “espontáneamente”.
- Carácter indirecto: “Los mapas teóricos, balance de la situación del cliente, es señalar, la relación entre la meta del cliente y su síntoma (de Shazer, 1979 a), puede emplearse para apuntar al aspecto central del enfoque.
- Los “síntomas” son aceptados con su valor nominal y, más que eliminados, convertidos en parte de la solución” (p. 29).
- Si funciona no lo detenga: el objetivo es apoyar al cliente a construir condiciones que permitan llegar a la meta expresada o comprendida, y no el de la eliminación de síntomas.
- Solo se necesita un cambio pequeño: en esta un pequeño cambio por parte de la persona puede generar diferencias importantes y de largo alcance en la conducta de todas las personas implicadas.

CAPÍTULO 3. ATENCIÓN PSICOLÓGICA VÍA TELEFÓNICA.

3.1 Componentes del auxilio psicológico

Slaikau (1996), menciona que los primeros auxilios psicológicos, también llamados ***intervención en crisis de primera instancia***, se refieren a la atención inmediata, que se realiza generalmente en una sesión. La intervención en crisis de primera instancia trata principalmente de brindar apoyo, reducir el riesgo de muerte y la prevención del daño físico, y vincular a la persona en crisis con los recursos de apoyo o fuentes de asistencia. Acciones que se realizan, a través de una intervención breve de algunos minutos o algunas horas, de acuerdo con la dificultad de la desorganización emocional de la persona que vive la situación de crisis, y según el enfoque de intervención del asistente. En los primeros auxilios no se cumple la resolución psicológica de la crisis, se restablece el enfrentamiento inmediato; estos se pueden ofrecer en casi cualquier parte: por teléfono, en la oficina o en la casa, entre otros.

Mientras tanto, la ***intervención en crisis de segunda instancia*** o terapia de crisis, se orienta a la resolución de la crisis, esto es, apoyar a la persona para que el evento concerniente se integre como parte de la vida. Lo que se pretende es que la persona esté mejor preparada para enfrentar el futuro. Dicha terapia, es de corta duración, de aproximadamente seis semanas o más, con duración aproximada de una hora o más por sesión. Cabe mencionar que para este tipo de intervención se requiere de un espacio físico, como en cualquier proceso terapéutico. La terapia para intervención en crisis, sustentada en el trabajo de Lazarus (1976, 1971), es la terapia de tipo multimodal, en la que se trabajan aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos del paciente.

Slaikau (1996), refiere que la primera ayuda psicológica está integrada por varios pasos, basados en modelos de enfrentamiento importantes de la intervención de crisis (Berg, 1970; Knickerbocker y McGee, 1972; Lester y Brockopp, 1973; Lister, 1976^a):

1. Hacer contacto psicológico
2. Exploración de las dimensiones del problema
3. Analizar posibles soluciones

4. Asistir en la ejecución de la acción concreta
5. Seguimiento

3.2 Valoración de la mortalidad, riesgos y factores de protección.

De acuerdo con Slaikou (1996), es importante la valoración dentro de los primeros auxilios psicológicos, de que si la persona está o no trastornada, desesperada o desorganizada, como para que el suicidio o el homicidio sea el resultado imprevisto de la crisis. Se han realizado diversas investigaciones que pretenden determinar la existencia de datos predictivos que indiquen que la persona pueda ser capaz de involucrarse o no en un acto mortal, distintos autores llegan a un consenso sobre lo siguiente: (Beck y otros, 1974; Farberow y Litman, 1975; Lester, 1974; Schneidman y Farberow, 1957; Wekstein, 1979):

1. Se puede dar comportamiento suicida por varias posibilidades: clamar apoyo, tentativa por manipular a otros, como consecuencia de un episodio psicótico, desesperanza y falta de apoyo para enfrentar problemas vitales, así como un final reflexionado para una pesadumbre emocional o corporal.
2. En la situación de suicidio, se presentan sentimientos de ambivalencia, esto es mensajes contradictorios, por ejemplo la persona quiere tanto vivir como morir. La tarea del consejero es sacar las emociones y otras circunstancias de la vida del paciente para lograr el aplazamiento de la decisión de quitarse la vida.
3. La mayor parte de las personas son suicidas de forma intensa por cortos períodos y después generalmente cambian de opinión, por lo que la tarea del consejero ante estas situaciones es que la gente posponga las decisiones irreversibles, hasta que se le pueda brindar otro tipo de ayuda para resistir la situación.
4. La gran mayoría de personas suicidas u homicidas dan algún aviso o clave de lo que van a hacer mucho antes de llevarlo a cabo. (Farberow y Litman, 1975).

5. Existe un mayor riesgo cuando una persona que se encuentra en crisis tiene un plan mortal como los medios para llevarlo a cabo.
6. La prioridad es salvaguardar la vida de la persona, más que preservar una situación de confidencialidad.
7. El salvar la vida de una persona lo mismo implica un acuerdo voluntario de que no cometa un acto mortal o el apoyo de una persona externa que impida hacerlo, es muy importante mantener el contacto con la persona latentemente peligrosa para prevenir la situación de suicidio u homicidio.
8. Es importante que los asistentes estén: a) conscientes acerca de sus propios sentimientos y actitudes con respecto a la muerte y al suicidio; b) consultar con colegas o supervisores acerca de lo adecuado de su actitud directiva; y c) prepararse para la situación de que la persona complete el suicidio.

La evaluación de la peligrosidad, tiene que contemplar tres variables clave: un plan, la historia de tentativas previas, y la voluntad de hacer uso de recursos externos, con los que el suicidio o el homicidio debería parecer apremiante.

Cuando la mortalidad es baja, el manejo del asistente es auxiliar en el abordaje de la problemática, se otorga apoyo emocional, y se propone ayuda externa, como terapia presencial. Se extraen sentimientos ambivalentes de la persona en crisis y se evalúan las alternativas para las necesidades inmediatas como para las posteriores, se establece acuerdo con la persona de que volverá a contactar con el asistente de existir un cambio en la situación, por tanto el asistente se encuentra disponible por teléfono, también está la opción de que la persona recurra a sus amigos cercanos, familiares o a otras redes sociales en los días subsecuentes.

Cuando la mortalidad es alta, el asistente muestra una actitud directiva, la que es manejada de forma gradual, se le pide a la persona se deshaga de recursos que pudieran ser nocivos, por el momento, que no esté solo durante períodos largos, que acuerde llamar al asistente de empeorar las cosas, o se pueden retomar ambas opciones. El propósito es

ganar tiempo, postergar las decisiones definitivas y finales, y generar cualquier situación necesaria para alejar a la persona de los medios mortales para concluir con la vida humana.

En caso de que la persona no se comprometa a tomar precauciones contra una situación de suicidio u homicidio, se compromete al medio social inmediato de este. En la mayoría de los casos se pide la autorización del individuo, si esta medida protectora no es posible porque no hay alguien disponible o porque no quiere implicar a alguien más, es posible que se requiera hospitalizar de forma voluntaria. Cuando existe un riesgo alto de mortalidad, es necesaria la hospitalización involuntaria, lo que implica que se lleve a cabo, de acuerdo a las leyes locales y se apoye a los familiares para enfrentar las implicaciones negativas asociadas con la hospitalización (Armstrong, 1980). El asistente también tiene la responsabilidad de avisar en casos de homicidio a las víctimas acerca de los riesgos que presentan (Bersoff, 1976).

3.3 Auxilios psicológicos por teléfono.

Aún y cuando sigue básicamente los mismos pasos que los primeros auxilios psicológicos, el contacto psicológico por teléfono tiene sus peculiaridades: (Slaikeu, 1996):

1. Hacer contacto psicológico: el principal medio para establecer contacto con el usuario, es la voz del orientador, incluido en esto lo que dice y como lo dice. En la orientación es importante poner atención a los silencios.
2. Exploración de las dimensiones del problema. El orientador se apoya para este paso, en la descripción narrativa del usuario, es de utilidad plantear preguntas abiertas. Es importante explorar las características principales acerca del funcionamiento CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo), antes de la crisis y en la crisis.
3. Exploración de las posibles soluciones. En este se explora acerca de las diferentes vías que el usuario ha intentado, con la finalidad de analizar los obstáculos con los

que se ha encontrado. El objetivo de este paso es generar tantas opciones potenciales como sea posible, actuando sobre las necesidades urgentes.

4. Asistencia para realizar la acción concreta. Es importante distinguir entre una intervención facilitadora o una directiva, ya que esto determina si se involucra o no a las redes sociales del usuario. En el caso de que el riesgo de mortalidad es bajo y el usuario se encuentra con las condiciones para enfrentar el evento, se toma una actitud facilitadora. En cambio cuando existe un riesgo de mortalidad alto o la persona no se encuentra en las condiciones para hacerse cargo de sí misma o actuar en su propio beneficio, es fundamental que el orientador recurra a recursos comunitarios.
5. Seguimiento. Este paso es considerado como parte del plan de acción, además de que sirve para beneficiar a quien llama y puede también ser tomado como una modalidad de retroalimentación acerca de cómo se ha recibido la ayuda.

3.4 Características de la intervención psicológica por teléfono.

La característica principal de la atención por teléfono, es que la ayuda se apoya en el contenido y en la forma de la conversación en las palabras que se emiten entre el asistente y quien llama, más que en señales no verbales como el lenguaje corporal o los gestos faciales (Blumenthal y otros, 1976; Slaikeu, 1979).

Lester (1977, en Slaikeu 1996), hace mención de las características más importantes de la interacción telefónica:

- En la intervención vía telefónica se nivela la diferencia de fuerzas, dándole más peso al paciente, es este último quien inicia la interacción de ayuda y está en la libertad de concluirla en cualquier momento.
- El anonimato de la persona que llama, posibilita el que proteja su identidad, lo que genera una mayor manifestación de sí mismo y una mayor apertura.

- El hecho de que los orientadores se manejen de forma anónima facilita el que se dé una transferencia positiva.
- El apoyo vía telefónica reduce la dependencia por parte del usuario, con respecto a un orientador en particular, y la traslada al servicio de apoyo.
- La atención vía telefónica es accesible a la mayoría de las personas, lo que es determinante para los usuarios en situación de crisis, principalmente para aquellos que son suicidas u homicidas o para personas que se encuentran incapacitadas para dejar sus hogares.

Las líneas de apoyo telefónico nacen en Estados Unidos a finales de los años 50, siendo su propósito inicial la prevención del suicidio. Las técnicas y procedimientos para la atención vía telefónica para salvar vidas se asigna al Centro de Prevención del Suicidio en la ciudad de los Ángeles, donde se desarrolló el modelo que formo la columna vertebral del movimiento de prevención del suicidio, (McGee, 1974 en Slaikeu 1996).

En tanto que en Europa, se da un desarrollo paralelo, en cuanto a este medio, ya que el pastor anglicano Chad Varah, en 1953, inicio el apoyo telefónico en su parroquia de Londres, siendo el fundador de *the Samaritans* (1953) y de *Befriends International* (1974), esta última línea es una liga de organizaciones, cuyo objetivo es apoyar en todo el mundo, mediante programas de voluntariados orientados en la prevención del suicidio (Moller, 2001, en Weiss 2005).

En Gran Bretaña, se retoma el modelo del fundador de los Samaritanos, creando líneas de ayuda enfocadas en problemáticas de paternidad.

Existen otras asociaciones internacionales de apoyo vía telefónica, siendo el caso de *International Federation of Telephonic: Emergency Services* (IFOTES), con sede en Ginebra, creada en 1976, en el IV Congreso de Servicios Telefónicos de Ayuda, efectuado en Bruselas (Moller 2001, en Weiss 2005).

Otra asociación internacional de apoyo telefónico es *Lifeline*, es la primera línea fundada en Australia en Sydney, en 1963. Su creador es el superintendente de la iglesia central metodista Walker, quien creó este servicio para darle una respuesta pronta al gran número de personas que le solicitaban consejo (Moller 2001, en Weiss 2005).

En 1999, *Befriends International*, *IFOTES* y *Lifeline*, suscriben un memorando de entendimiento para coordinar sus esfuerzos para dar servicios a través de todo el mundo (Moller 2001, en Weiss 2005).

En América Latina existe una fundación de apoyo al niño y al adolescente en riesgo llamada ANAR, es una ONG, sin fines de lucro, cuenta con una línea de apoyo llamada Teléfono ANAR, su propósito es promover los Derechos del niño desde diferentes ámbitos: asistenciales, de orientación y prevención en situaciones de riesgo, como de colaboración con diferentes organismos para impulsar la comprensión de la problemática del menor en general (Fundación ANAR, 2001 en Weiss 2005).

Respecto a la situación en México, en los años 70's, surgen como ensayos la Asociación Mexicana de Auxilio al Desesperado (A.M.A.D), creado por el doctor Gallardo, él y su esposa atendían la línea; otra tentativa fue la línea Sra. Gainor, voluntaria de una iglesia de las Lomas de Chapultepec, la atención fue dada por personas entrenadas de habla inglesa y bilingües, brindaban atención los domingos durante 7 horas, pensaban dar posteriormente el servicio en español, ambas situaciones no prosperaron debido a la falta de apoyo económico y comunitario (García, 1992 en Romo 2007).

El Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencia de Coyoacán, estuvo funcionando de 1967 a 1972, brindando apoyo médico y psicológico en consulta y vía telefónica, la atención era brindada, a través de un equipo interdisciplinario: 3 psiquiatras, 1 psicóloga clínica, 1 trabajadora social y 1 secretaria, la atención era brindada dentro del hospital, detectando situaciones de suicidio, se les brindaba psicoterapia breve y de emergencia y en algunas ocasiones se administraba medicamentos, cuando los pacientes eran dados de alta contaban con el apoyo vía telefónica de lunes a viernes de 4:00 a 8:00 p.m., dicha ayuda era brindada en situaciones críticas.

En el hospital La Raza en Cardiología surge un sistema de apoyo vía telefónica entre pacientes, con afectaciones cardiovasculares, el objetivo es que se tranquilizarán en situaciones de estrés o angustia, tratando de prevenir paros cardíacos.

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de medicina de la UNAM, a raíz de los sismos de 1985, presta sus instalaciones para brindar atención médica externa al público y brindar apoyo a problemas emocionales, vía telefónica.

La Facultad de Psicología de la UNAM, 48 horas después del terremoto de 1985, organiza brigadas de apoyo psicológico que brindan atención en hospitales y morgues y el centro de servicio psicológico es abierto a la población. En tanto que el Dr. Federico Puente da inicio a lo que hoy es SAPTEL, este da inicio a los primeros modelos de intervención vía telefónica en México, que se mencionan a continuación.

3.5 Modelos de intervención vía telefónica en México.

Se retoman para el presente trabajo seis líneas de atención telefónica, dos provienen del sector privado: Simitel y “Voz amiga” Anar; una pertenece al Gobierno Federal (COT SSA), en tanto que los servicios especializados de apoyo psicológico de LOCATEL, corresponde el gobierno del Distrito Federal; SAPTEL por su parte cuenta con el auspicio del gobierno del Distrito Federal, así como de diferentes instancias no gubernamentales; y por último el Call de la Facultad de Psicología, el que depende de la Universidad Nacional Autónoma de México.

SAPTEL (Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono).

De acuerdo con Mancera (2009), en su primera etapa SAPTEL inicia 48 horas después de los terremotos ocurridos en la ciudad de México, en 1985, para brindar atención a las personas que requerían del apoyo por este siniestro; surge gracias a la iniciativa de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM), suspendiendo sus servicios a finales de ese mismo año, con la finalidad de evaluar la labor realizada con las víctimas del siniestro.

En la segunda etapa, se prosiguió con la evaluación y reestructuración del proyecto, a través de seminarios y grupos de estudio; también se creó el manual de procedimientos y la cédula de registro o historia clínica codificada, este proceso duro 18 meses.

La tercer etapa, tuvo una duración de dos años e inicio en julio de 1987, surge a partir de nuevamente el apoyo de la UNAM y de la FMSM. Se brindó apoyo a cerca de 4000 personas.

En la cuarta etapa, inicia su primer curso de capacitación formal el 15 de agosto de 1992, siendo que el 12 de octubre de 1992 brinda nuevamente la atención al público y es inaugurado el servicio el 07 de noviembre de ese mismo año, esto se consolida gracias al apoyo de la Cruz Roja Mexicana y al Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la FMSM.

El 01 de abril de 2001, comienza a operar en un nuevo espacio físico, denominado “Centro Lilas”, ubicado en la delegación Cuajimalpa, dichas instalaciones son provistas por la Cruz Roja Mexicana y son inauguradas el 28 de octubre del mismo año. SAPTEL ha recibido el apoyo financiero y en especie de instancias como: Cruz Roja Mexicana, el Gobierno Federal, la Federación Mundial de la Salud Mental, la Secretaria de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Consejo Nacional contra las Adicciones, entre otras instituciones.

El objetivo de SAPTEL, es proporcionar un servicio efectivo y oportuno de orientación y apoyo en problemas emocionales para la población de la ciudad de México y área metropolitana, en particular aquellos de recursos económicos limitados, siendo su servicio las 24 horas del día, los 365 días del año, en los teléfonos: 52 59 81 21 y 01 800 472 78 35, (Sistema Nacional de Apoyo, *Consejo psicológico e intervención en crisis por teléfono*, SAPTEL página web).

El modelo de intervención en crisis y de apoyo psicológico está conformado de cinco fases:

FASE I. Primer llamada, ésta se conforma de los siguientes pasos: 1) La presentación, se genera de una alianza de trabajo y confianza para que el usuario comente su problema, por lo que la voz del asistente es amigable y cálida; 2) Determinación de la naturaleza de la llamada, se escucha de forma atenta el discurso del usuario, se puede determinar si la llamada es de información-canalización o una solicitud de apoyo psicológico; 3) Motivo de consulta manifiesto, se promueve que el usuario verbalice tan extensamente como lo quiera, lo que le hizo solicitar el servicio, ya que esto permite ver la forma en que el usuario visualiza y afronta la situación; 4) Exploración acerca de tratamientos terapéuticos en los que haya estado o en los que se encuentre actualmente, si el usuario se encuentra en otro proceso terapéutico a la hora de la llamada, se le remite a su apoyo, trabajando las alternativas para dicho fin, esto se hace con la finalidad de respetar el trabajo conjunto que está llevando a cabo, sólo se da la atención si se detecta un momento realmente crítico por parte del usuario y la nula posibilidad de localizar a su terapeuta, ya bien sea este último de SAPTEL o de otro contexto, no se le refiere al usuario en ningún momento que no se le va a atender; 5) Ficha de identificación, se obtienen los datos generales del consultante, esta información es útil para intervenir de forma rápida y efectiva en una crisis; 6) Motivo de consulta. Semiología de signos y síntomas, en este se obtienen las características de los signos y síntomas relacionados con la situación de crisis: intensidad, duración, frecuencia, historia, las condiciones en las que aparece, con que se mitiga, la carga afectiva con que se asocia, entre otras, en este paso se distingue también entre una emergencia emocional, en donde los elementos perturbadores del usuario son de su mundo interno y una urgencia psicológica en donde el desequilibrio de la crisis es ocasionado por sucesos ocurridos en el mundo externo. De tal forma, que dichos eventos por su magnitud pueden provocar una incapacidad temporal para enfrentarlos, por lo que se requiere del apoyo especializado en intervención en crisis de los consejeros; 7) Examen mental, se lleva a cabo a través de unos reactivos para realizar el examen mental, se pretende determinar si la crisis afectó funciones básicas para la conservación de funciones de prueba y juicio de la realidad, si se detecta alteración se remite a tratamiento psiquiátrico; 8) Sintomatología específica, esta manifiesta alteraciones finas del equilibrio homeostático, relacionados con los procesos normales del transcurso de ajuste a los cambios, y con trastornos neuróticos de la

personalidad en personas funcionales, permite al final, al consejero establecer un diagnóstico de presunción de acuerdo al DSM-IV-TR y al CIE-10; y 9) Cierre, al final de la intervención se le da la duración de la intervención al usuario, nombre del consejero, horarios, fecha de guardia, próxima sesión de seguimiento; y el número de expediente.

FASE II. Segunda llamada. Se pueden implementar procedimientos de esta fase, desde la primer llamada, está enfocada a recabar la información contenida en la cédula de registro, lo que puede llevar de dos a tres llamadas, en esta fase también se realiza el encuadre terapéutico.

FASE III. Siguiendo llamadas hasta la número 20, de 15 a 20 horas netas de atención, en donde se trabaja a través de un modelo teórico técnico y necesariamente se supervisa la atención brindada, esto se puede dar en la supervisión en grupo pequeño, programadas semanalmente o en supervisión de emergencia.

FASE IV. De la llamada 21 en adelante. Antes de pasar a esta fase es valorado, a través de consejero y de la supervisión, la viabilidad de este tratamiento o el remitir a un apoyo presencial al usuario. Se pone atención, en esta fase a los elementos de transferencia y contratransferencia del proceso terapéutico y se lleva supervisión de forma continua en dichos procesos.

FASE V. Seguimiento, abarca las últimas tres llamadas. El objetivo principal de esta fase es estar pendiente de los acontecimientos después de la crisis y de la intervención del consejero, además resulta útil para orientar en casos en donde aparecen situaciones traumáticas tardías. Se realiza el seguimiento a los 15, 45 y 90 días, después de la última llamada y son de corta duración.

El enfoque manejado por esta línea de atención psicológica es la intervención en crisis y psicoterapia breve, empero estos pueden variar en función de la aproximación teórica que sustenta a la técnica y que es aportada por cada supervisor.

Servicios especializados de LOCATEL

De joven a joven inició el 23 de Noviembre de 1994, como parte del Consejo Nacional de Población y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. El 1 de abril de 1998, se incorpora a los programas del área de Psicología de LOCATEL, como una estrategia de información, educación y comunicación; para fomentar la toma de decisiones sobre las prácticas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (Mejía, 2000).

Niñotel, surge el 30 de abril de 1996, como un servicio de apoyo psicológico y de enlace institucional para niños y niñas del DF y zona metropolitana que padecen maltrato en sus hogares. Es un servicio en el que se les informa sobre sus derechos, formas de autocuidado y prevención de riesgos, así como también se les brinda la posibilidad de realizar un reporte de maltrato que se envía al DIF o PGJDF (Mejía, 2000).

Línea mujer, nace el 30 de junio de 1998, como un instrumento de política social, ofreciendo apoyo psicológico, médico y legal. La prioridad de la línea, es garantizar el acceso a servicios integrales, informar sobre los derechos de las mujeres, prevenir y erradicar la violencia, y eliminar imágenes estereotipadas de la mujer (García, Mejía y Puente, 2000).

Los servicios de LOCATEL están dirigidos a ofrecer a la población usuaria asesoría telefónica especializada, actualizada y veraz, para enfrentar dudas o conflictos, referente a diversas temáticas: sexualidad, salud sexual y reproductiva, violencia familiar, maltrato infantil, pareja, noviazgo, adicciones, entre otras, con la finalidad de fortalecer sus habilidades de afrontamiento y la toma de decisiones, abarcando todos los grupos poblacionales, de todos los estratos sociales y culturales. Por lo que ha incorporado diversos servicios para atender y satisfacer las demandas de la comunidad capitalina y el área conurbada. El apoyo vía telefónica de LOCATEL brinda apoyo psicológico, jurídico, médico y de emergencias, las 24 horas del día, los 365 días del año, es un

servicio gratuito y el número telefónico es 56 58 11 11, (Servicio público de localización telefónica, LOCATEL, página web).

De acuerdo a Zamudio (2000). El MIT (Modelo de Interacción Telefónica) es un procedimiento flexible, es un mapa de la ruta a seguir en la comunicación, que se enriquece con la creatividad, el compromiso y el estilo personal de quienes lo usen.

Cada fase tiene etapas, acciones y recursos generales que puede emplear el orientador para conducir la comunicación con las personas usuarias. El seguir cada fase permite la comprensión rápida de la solicitud del usuario y facilita las acciones para ofrecerle orientación o apoyo.

FASE I: PREPARACIÓN PARA LA INTERACCIÓN.

Está es una fase previa a la interacción telefónica. Cada orientador la realiza de manera personal, con el objetivo de estar en las mejores condiciones físicas y emotivas para interactuar con los usuarios y lograr una comunicación empática, dinámica y comprometida.

Las acciones que corresponden a esta etapa son: a) Acondicionamiento ambiental, b) Disposición física y c) Preparación emocional.

Esta fase es la realización de acciones previas al inicio de las labores cotidianas de orientación y, si es necesario, antes de cada nueva llamada, con el propósito de sentirse cómodo y dispuesto a trabajar.

Los recursos a emplear en esta fase son: Condiciones de silencio y/o la capacidad de concentración; espacio confortable de trabajo; retroalimentación del personal correspondiente (Jefe, Subjefe de Turno, Supervisor, Monitor o Coordinador) en un ambiente de privacidad; y mobiliario: equipo de cómputo y telefónico adecuado.

FASE II: IDENTIFICACIÓN DEL OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SOLICITUD DEL USUARIO.

El objetivo de esta fase es definir con exactitud la demanda del usuario (información específica, orientación, apoyo, reporte de maltrato a menores, establecer una denuncia o recibir ayuda).

Esta fase consta de cuatro etapas:

Etapas 1: Iniciar la comunicación: Presentar el servicio, crear un ambiente de confianza y respeto entre el orientador y el usuario.

Recursos de apoyo para esta etapa: Uso de interjecciones, validación de sentimientos e ideas, manifestación de límites, adecuación del discurso, y modulación de voz.

Etapas 2: Focalizar la solicitud del usuario: Identificar la solicitud específica de quien acude al servicio telefónico, lo que permite determinar las acciones de ayuda.

Las acciones a seguir son saber por qué llama (Motivo), y para qué llama (Demanda). Esto se realiza por medio de preguntas directas para aclarar, tales como: ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Dónde ocurrió el suceso que le preocupa?, así como el parafraseo.

Etapas 3: Dimensionar la solicitud o demanda de las personas usuarias: Conocer el contexto de la solicitud formulada al servicio. Esto permite dimensionar la solicitud, para lo que es necesario tener claras tres acciones: identificación de factores de riesgo; identificación de los recursos personales y sociales; y establecer límites y alcances del servicio. Recursos de apoyo para esta etapa: Preguntas directas para dimensionar la demanda del usuario, así como, para identificar los factores de riesgo y principios para la atención del consultante.

Etapas 4: Confirmar o reformular el objetivo específico de la solicitud del usuario: Confirmar la solicitud original del usuario o reformularla por otra.

Esta etapa es necesaria para tener bien claro y definido sobre qué se va a ofrecer en el servicio, y también para reformular la solicitud del usuario. Para esta etapa se hace uso del reflejo, parafraseo y preguntas directas.

FASE III: ESTRATEGIAS DE RESPUESTA

El objetivo es dar respuesta a la petición de las personas usuarias. La respuesta se define una vez que el usuario ha planteado su solicitud y el orientador ha obtenido el contexto de la misma y la ha confirmado. Las acciones dependerán del tipo de servicio solicitado.

FASE IV: CONCLUSIÓN DE LA INTERACCIÓN

Está constituida por procedimientos y acciones concretas para dar término a una llamada. Se sondea sobre la percepción de la atención, se ofrece posibilidad de seguimiento, se muestra disposición para atender una nueva solicitud, si la hubiere, se codifica la llamada y finalmente se realiza la despedida de forma amable.

Los servicios ofrecidos por LOCATEL son regidos por el Modelo de Interacción Telefónica (MIT), los que están basados en un enfoque humanista.

Centro de orientación telefónica de la Secretaria de Salud.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) órgano de la Secretaria de Salud, implementó el primer servicio telefónico de información, orientación y canalización denominado ADICTEL, el cual dio inicio a sus actividades el mes de Febrero de 1997; debido a la necesidad de ampliar su servicio y para cubrir la creciente demanda por parte de la población, se puso en marcha una segunda fase del programa, cuyo objetivo principal fue el de atender las llamadas sobre adicciones para referir adecuadamente a los recursos disponibles en materia de información, prevención, tratamiento y capacitación. Por lo que en marzo de 1999, se firmó el convenio entre CONADIC y Fundación Azteca para ampliar la cobertura y servicios denominado Centro de Orientación Telefónica “Vive sin Drogas”, el cual inicia su labor como tal, el día 16 de abril de 1999. Hoy en día, el Centro de Orientación Telefónica, forma parte del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Drogas. El centro opera con el número telefónico 01 800 911 2000, el que es atendido de forma gratuita, las 24 horas, los 365 días del año.

El Centro de Orientación Telefónica, fue creado con el objetivo de ofrecer servicios de orientación a distancia sobre adicciones y de referencia a instituciones públicas, privadas y

sociales en materia de información, prevención, tratamiento y capacitación, por medio de un número gratuito de cobertura nacional.

El modelo de interacción que se implementó en el Centro de Orientación Telefónica, fue integrado a partir de las experiencias de los orientadores, el trabajo conjunto de las distintas comisiones de mejoras, así como los documentos y experiencia de trabajo de otras líneas telefónicas de atención emocional.

Se distinguen diferentes momentos:

FASE I. Preparación del equipo e insumos de la estación de trabajo

FASE II. Determinación de la necesidad del usuario

- Establecer comunicación con el usuario
- Obtener información sobre la problemática
- Solicitar información sobre las opciones con las que cuenta

FASE III. Proponer opciones de atención a la problemática

- Ofrecer al usuario opciones de atención a la problemática planteada
- Referir al usuario
- Concluir con el usuario la llamada telefónica

Los enfoques teóricos de esta línea de atención son: **Teoría del Aprendizaje Social (TAS) o Teoría Cognitiva Social de Bandura, el Modelo Cognitivo Conductual e Intervención Breve y de Emergencia (ST-CONADIC, SSA. 2010).**

SIMITEL

El Dr. Víctor González Torres, decide unir en 1999, sus empresas y asociaciones, en una sola denominada, Grupo por un País Mejor, la que se integra de empresas de carácter comercial como son: Laboratorios Best S. A. (1953), Farmacias Similares S. A. de C. V. (1997), Transportes Farmacéuticos Similares S. A. de C. V. (1999) y Análisis Clínicos del Dr. Simi (2006); e instituciones sociales: Fundación Best, A. C. (1994), Fundación del Dr. Simi, A. C. (1994), Movimiento Nacional Anticorrupción, A. C. (1996), Fundación Niños Eugenia, A. C. (2002) y Centro Nacional de Diagnóstico para Enfermedades Emocionales

(2007), en ésta última se encuentra SIMITEL, cabe mencionar que en general, tanto las empresas comerciales, como las instituciones sociales, buscan mejoras para la población mexicana.

El objetivo de esta línea de apoyo es participar activamente con el desarrollo de la población mexicana, contribuyendo con empresas de calidad, comprometidas con la educación, la salud, y economía de las familias mexicanas, siendo su atención de 8:00 a.m. a 3:00 a.m. de lunes a sábado en el 01 800 911 66 66, (Grupo por un país mejor, página web).

En Romo (2007), el modelo de atención del programa de apoyo psicológico e intervención en crisis vía telefónica de Farmacias Similares, utiliza cuatro fases, las que van en función del número de llamadas:

FASE I. Primer llamada, en ésta se identifica brindar apoyo y/o realizar la canalización. Está conformada por las siguientes acciones:

1. Presentación: la cual implica un trato cálido, para generar confianza y pueda expresar el paciente lo que le sucede. También está implicada en esta etapa, la formación de la alianza terapéutica.
2. Recabar información de identificación para la ficha en monitor.
3. Determinar la naturaleza de la llamada: lo que permite establecer dos posibilidades:
 - a) Información y/o canalización
 - b) Solicitud de apoyo psicológico

Cabe mencionar que la canalización se realiza cuando: I) es solicitado por el paciente; II) el terapeuta considera que de esta forma el paciente va a resolver su problema; y III) molesta al terapeuta, esto es, la persona que llama lo hace con fines diferentes a los de la línea, por ejemplo masturbación o agresión.

4. Motivo de consulta manifiesto: se facilita el que el usuario, exprese lo que le hizo llamar, se explora como ha afrontado el evento de crisis y se realiza contención emocional de ser necesario.
5. Examen mental: se determina el grado de afectación en el equilibrio homeostático del usuario, para lo que se realiza un examen mental y de sintomatología, a través de reactivos ya predeterminados. En lo referente al examen mental, los reactivos apoyan a determinar si existe afectación de funciones básicas para la conservación de las funciones de prueba y juicio de realidad. El instrumento para realizar la valoración permite explorar cuando existe una alteración, de ser así se canaliza a atención psiquiátrica.
6. Sintomatología: se pueden detectar alteraciones finas de equilibrio homeostático, las que se relacionan con ajustes normales del proceso de adaptación a los cambios, y con trastornos neuróticos de la personalidad en personas funcionales.

Una vez que se cuenta con la información se elige la técnica de atención que se adecue a las necesidades del usuario.

Al cierre de esta primera llamada, se establece con el usuario la posibilidad de seguir llamando, y se le refiere que en caso de alguna emergencia cuenta con el servicio las 24 horas.

FASE II. Segunda llamada, se recaba información que haya quedado pendiente y se retoman circunstancias que no se hayan abordado en la primera llamada, se realiza el encuadre y acuerdos de llamadas subsecuentes estableciendo horarios para realizar el seguimiento.

FASE III. Llamadas siguientes hasta el número 20, en esta se realiza una valoración por parte del terapeuta, contemplando las condiciones de cada paciente, existiendo flexibilidad para continuar un número mayor de llamadas, la intervención varía de 30 a 45 minutos. El seguimiento se realiza, considerando lo siguiente: a) cuando existe interés por parte del

usuario; b) cuando a su situación se le puede dar seguimiento; o c) cuando no existe institución que le pueda dar atención en su lugar de origen.

FASE IV. Cierre y/o canalización. En la vigésima llamada se trabaja la opción más viable, de acuerdo a las necesidades del usuario, en cuanto a la canalización, se refiere a una atención psicológica presencial, o bien atención psiquiátrica, médica y/o legal, según la situación. Se deja la posibilidad de que llame nuevamente, sólo para realizar el seguimiento del proceso recomendado.

En este programa de apoyo psicológico e intervención en crisis vía telefónica de Farmacias Similares, se utilizan los siguientes encuadres: Acompañamiento terapéutico, terapia Cognitivo Conductual y terapia Centrada en el Cliente.

“Voz Amiga”, ANAR

De acuerdo a Santillán (2011), surge en España en 1970 y se rige bajo el marco de la Convención de los Derechos del niño de Naciones Unidas, promoviendo la defensa de los derechos de los niños y adolescentes en situación de riesgo. Los menores bajo esas circunstancias eran recibidos en casas hogares. Este proyecto trascendió a países de Latinoamérica como Colombia en 1991, ANAR Perú y ANAR México en 1995. El término de Riesgo se aplica cuándo el menor procede de un ambiente familiar que pone en peligro su integridad física, psíquica o emocional, sea por desamparo, orfandad, maltrato, cárcel, alcoholismo drogadicción o separación de los padres.

En 1998, surge en Perú la línea telefónica ANAR, y en México la línea telefónica “Voz amiga” ANAR da inicio en 2011, brindando atención a niños, adolescentes y adultos del Distrito Federal y Área Metropolitana.

Dicha línea tiene como propósito minimizar los efectos negativos de la vida moderna que enfrentan los menores, promoviendo recursos personales y redes de apoyo social-comunitario, por medio de un trabajo interdisciplinario conformado por cuatro áreas: social, jurídica, médica y psicológica que brinda atención de lunes a sábado de 9:00 a 18:00 hrs. de manera gratuita y confidencial, en el número telefónico 01 800 91 11 19.

La línea telefónica ANAR emplea el Modelo de Atención 360° basado en cuatro partes:

- I. Modelo de Atención.** Se refiere a las etapas de atención, al enfoque teórico-metodológico de la línea ANAR México, a los motivos de llamada; y la capacitación del personal (prestadores de servicio y voluntarios).
- II. Seguimiento.** Se empodera a la población a partir de la colaboración de los prestadores de servicio social y voluntarios bajo un marco multidisciplinario.
- III. Impacto social.** A través de la realización de reportes y de una evaluación anual se analizan los logros alcanzados. También se realizan acuerdos de colaboración institucional con la UNAM FES, Save the children, y DIF/PGJ DF.
- IV. Estrategias de posicionamiento.** Se refiere a la difusión que se dirige a la población, los convenios o enlaces institucionales, testimonios de prestadores de servicio y voluntarios, así como la ampliación de servicios: Línea del adulto.

El Modelo de Atención telefónica, consiste en identificar tres niveles de intervención:

1. Consiste en Informar sobre los servicios de la línea u otras instituciones que brindan atención a niños y adolescentes.
2. Canalizar, cuando el servicio se ve limitado a cubrir las expectativas del menor o adulto y para ello se le refiere a instituciones que brinden el apoyo requerido.
3. Intervención terapéutica basada en generar un cambio en el individuo, a través del análisis de alternativas que brinden solución a la problemática presentada, mismas que podrán lograrse en 3 ó 5 llamadas telefónicas, atendidas por un profesional del área psicológica.

Este nivel consiste en un procedimiento de cinco etapas o fases de desarrollo:

FASE I. ESTABLECIMIENTO DE CONTACTO.

Se refiere a la preparación física, emocional del orientador, así como de contar con un espacio físico en buenas condiciones ambientales para el desarrollo de la intervención telefónica.

FASE II. ANÁLISIS DEL PROBLEMA.

El profesional explora el tipo de problemática; ubica el motivo y la demanda del consultante haciendo uso de técnicas como el reflejo simple, el parafraseo, metáforas, analogías, interjecciones, validación de sentimientos, modulación de voz, silencios, etc.

FASE III. EXPLORANDO ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

El profesional explora las alternativas y recursos personales que el consultante ha llevado a cabo para resolver la situación, en caso de que éste no pueda visualizar sus medios, el orientador tendrá que facilitar la generación de opciones de solución de manera conjunta con el consultante.

FASE IV. COMPROMISO EN LA SOLUCIÓN.

Una vez que se exploran las múltiples posibilidades de solución, así como considerar las consecuencias positivas y negativas de las alternativas; se realiza un compromiso con el usuario de llevar a cabo lo logrado, y en caso de que el usuario continúe con dudas se sensibiliza al consultante para continuar en una segunda llamada, en ocasiones será necesario solicitar el apoyo de otras áreas como trabajo social, jurídico o médico y/o del supervisor para lograr que la necesidad del consultante sea cubierta.

FASE V. SEGUIMIENTO.

Esta es la última etapa y cabe mencionar que no aplica en todos los casos pues dependerá del tipo de problemática, demanda expuesta por el consultante y logros alcanzados. Esta etapa se caracteriza por la realización de cinco llamadas máximas en las que el orientador y el usuario dan solución óptima a la situación.

El enfoque teórico de este programa son: Gestalt, Centrado en la Persona de Carl Rogers, y en el aspecto de la aplicación directiva, rápida y emergente se retoma el Cognitivo conductual, así como la teoría de crisis y su abordaje de urgencia.

Facultad de Psicología UNAM.

En 1985, con el terremoto que aconteció en la Ciudad de México, se requirió brindar atención a la población por medio de una línea telefónica en la que se informó a la misma sobre las personas desaparecidas, este servicio fue implementado de forma temporal. Y en abril de 2009 con el brote del virus de influenza AH1N1, se necesitó nuevamente informar telefónicamente a la gente sobre las medidas preventivas del virus. Es con este último evento, que la Secretaria de Salud, a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), contacta al Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-organizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM, durante este evento fue implementado nuevamente a manera temporal el servicio.

Debido a lo anterior en abril de 2012, la UNAM y el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología, inician un Call Center que ofrece atención psicológica a jóvenes estudiantes de educación media y superior del D.F. y zona Metropolitana. En temas relacionados con embarazo, adicciones, depresión, bullying, alteraciones psicopedagógicas y alteraciones sexuales. El Call Center es atendido por estudiantes de los últimos semestres de la carrera de Psicología con un enfoque en terapia breve y de emergencia; su teléfono es 56 22 22 88 y su atención es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs., (UNAM abre al público servicio de Call Center para atención psicológica, página web).

Además, el Call Center de la UNAM, se encuentra vinculado con la Red Nacional de Líneas Telefónicas (RENAVTEL), Dirección General de Orientación y Servicios Educativos, Facultad de Psicología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Colegio de Ciencias y Humanidades, y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); con éste último mantiene un convenio para la prevención de la violencia en jóvenes.

Con lo anterior se puede decir, que el objetivo principal de Call Center es que los jóvenes cuenten con una línea telefónica que brinde una intervención breve e inmediata, reforzando las habilidades, capacidades de enfrentamiento, así como la estabilidad emocional y cognitiva de los mismos. Al mismo tiempo que el Call Center forma y capacita a estudiantes en el área de Intervención en Crisis.

El modelo de interacción consiste en cuatro fases:

FASE I. INFORMACIÓN. Son los datos referentes al servicio que se ponen a disposición de los usuarios tales como teléfonos, horarios y formación con la que cuentan los operadores telefónicos.

FASE II. CANALIZACIÓN a Instituciones o servicios en casos pertinentes o cuando no se cubra con la demanda del usuario.

FASE III. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. Esta puede ser de dos tipos:

a) Primeros auxilios. Se brinda en el momento de inestabilidad emocional y se conforma por cuatro pasos:

- Contacto psicológico: Es el instante en el que el solicitante inicia la comunicación verbal con el orientador externando la situación que le aqueja. Ambos deberán contar con un espacio físico con características pertinentes para la libre expresión.
- Dimensionar el problema: El orientador junto con el usuario valoran los riesgos de la situación expuesta para priorizar en las soluciones.
- Sondar las posibles soluciones. El orientador explora cuáles han sido los recursos ejecutados por el usuario para la solución del conflicto presente. Así mismo, generan alternativas posibles.
- Asistir en la ejecución de pasos concretos. Se responsabiliza al usuario para ejecutar el plan de acción, después de valorar pro y contras.

b) Terapia breve y de emergencia (Bellak, 1988). Consiste en dar atención en no más de 6 sesiones para el manejo de la eventualidad, y se centra principalmente en el síntoma por lo que requiere hablar del aquí y del ahora. Durante la intervención, se confronta al individuo y se le prepara para proseguir con una terapia de largo plazo.

FASE IV. SEGUIMIENTOS para verificar el progreso. El orientador establece el compromiso con el usuario para la realización subsecuente de una llamada para verificar avances.

El enfoque teórico, de la línea es terapia breve y de emergencia. (Martínez y Sánchez, 2013; Alvarado y Carrizosa, en prensa).

A manera de conclusión, en la tabla 2 se presenta un resumen, los objetivos, modelos de interacción y enfoque teórico de cada uno de los servicios antes revisados.

Tabla 2.
Comparativo de líneas de atención psicológica por teléfono

LINEA TELEFONICA	AÑO DE INICIO	OBJETIVO	MODELO DE INTERACCION	ENFOQUE TEORICO UTILIZADO
SAPTEL	1992	PROPORCIONAR UN SERVICIO EFECTIVO Y OPORTUNO DE ORIENTACION Y APOYO EN PROBLEMAS EMOCIONALES PARA LA POBLACION DE LA CIUDAD DE MEXICO Y AREA METROPOLITANA, EN PARTICULAR AQUELLOS DE RECURSOS ECONOMICOS LIMITADOS	MODELO SAPTEL DE APOYO PSICOLOGICO Y DE INTERVENCION EN CRISIS, CONTEMPLA 5 FASES, QUE SE DISTINGUEN ENTRE SI, EN PRIMERA INSTANCIA, SEGÚN LA CANTIDAD DE LLAMADAS.	INTERVENCION BREVE Y DE EMERGENCIA Y PUEDE SER ECLECTICO DE ACUERDO AL SUPERVISOR.
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ATENCION PSICOLOGICA LOCATEL	1996	OFRECER A LA POBLACIÓN USUARIA ASESORÍA TELEFÓNICA ESPECIALIZADA, ACTUALIZADA Y VERAZ, PARA ENFRENTAR DUDAS O CONFLICTOS, REFERENTE A DIVERSAS TEMÁTICAS: SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, VIOLENCIA FAMILIAR, MALTRATO INFANTIL, PAREJA, NOVIAZGO, ADICCIONES, ENTRE OTRAS, CON LA FINALIDAD DE FORTALECER SUS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO Y LA TOMA DE DECISIONES.	MODELO DE INTERACCION TELEFONICA MIT	HUMANISTA
COT-CENADIC	1999	BRINDAR INFORMACION BASICA, ASESORIA, ORIENTACION Y REFERENCIA INSTITUCIONAL A LA POBLACION MEXICANA EN MATERIA DE ADICCIONES.	MODELO DE ATENCION TELEFONICA	COGNITIVO CONDUCTUAL, INTERVENCION BREVE Y DE EMERGENCIA Y MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL
SIMITEL	2007	PARTICIPAR ACTIVAMENTE CON EL DESARROLLO DE LA POBLACION MEXICANA, CONTRIBUYENDO CON EMPRESAS DE CALIDAD, COMPROMETIDAS CON LA EDUCACION, LA SALUD, Y ECONOMIA DE LAS FAMILIAS MEXICANAS	MODELO DE ASESORIA, APOYO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS EL CUAL CONTEMPLA CUATRO FASES: PRIMERA LLAMADA, SEGUNDA LLAMADA, SIGUIENTES LLAMADAS HASTA LA 20, Y CIERRE Y/O CANALIZACION	COGNITIVO CONDUCTUAL. TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO.
"Voz Amiga" ANAR	2011	MINIMIZAR LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LA VIDA MODERNA QUE ENFRENTAN LOS MENORES PROMOVRIENDO RECURSOS PERSONALES Y REDES DE APOYO SOCIAL-COMUNITARIO, POR MEDIO DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO CONFORMADO POR CUATRO ÁREAS: SOCIAL, JURÍDICA, MÉDICA Y PSICOLÓGICA	MODELO DE ATENCION 360°	INTERVENCION DE EMERGENCIA, COGNITIVO CONDUCTUAL, GESTALT Y HUMANISTA.
FACULTAD DE PSICOLOGIA	2012	CONTRIBUIR AL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS JOVENES UNIVERSITARIOS ATRAVES DE BRINDAR UN SERVICIO DE ATENCION TELEFONICA QUE LES PERMITA REFORZAR LAS HABILIDADES, CAPACIDADES DE ENFRENTAMIENTO, ESTABILIDAD EMOCIONAL Y COGNITIVA DE LOS MISMOS	MODELO DE INTERVENCION DE CUATRO FASES QUE SON: INFORMACION, CANALIZACION, INTERVENCION PSICOLOGICA Y SEGUIMIENTO	TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA

3.6 Herramientas para la interacción telefónica.

A continuación se retoman algunas herramientas para la atención vía telefónica, es importante mencionar, que estas son utilizadas para llevar a cabo el modelo de interacción de Locatel.

Acompañamiento: Es una acción que requiere compromiso y respeto por parte del orientador, para estar con el usuario y seguir su discurso, este consiste en escuchar de

forma genuina y empática al consultante, tomándolo en cuenta, también se utilizan interjecciones para acompañar al usuario en su discurso. (García, Puente y Mejía, 2000).

Adecuación del discurso: Esto se refiere a utilizar un lenguaje nítido y comprensible para el consultante. (García, Puente y Mejía, 2000).

Confrontación: Es una respuesta al consultante, con base en el entender los sentimientos, vivencias, conductas de este, es una situación que envuelve distorsiones que no permiten el entendimiento de él mismo y no le permiten actuar en la solución o un cambio constructivo de su conducta, por tanto la tarea del orientador es trabajar sobre estas discrepancias, apoyándole al consultante a examinar algún aspecto de su conducta que está evitando, generando que este se entienda completamente y avance hacia el cambio. (Egan, 1981).

Contención emocional: Es una estrategia que reside en reconocer las expresiones del consultante ante la situación planteada, se utilizan en ésta la modulación de la voz para dar acompañamiento, se realiza validación de sentimientos, se promueven y canalizan sus emociones. (Mejía, 2000).

Interjecciones: Es el uso de expresiones como ajá, mhm, bien, claro, si lo escucho, etc., la finalidad de estas es acompañar al usuario y que este sientan que se le está poniendo la atención que necesita. (García, Puente y Mejía, 2000).

Metáforas: Es un recurso que se utiliza en sentido figurado para poner ejemplos y aclarar una condición difícil de comprender (García, Puente y Mejía, 2000).

Modulación de la voz: Se sugiere utilizar los tonos de voz que sean acorde a la situación, para crear empatía con el consultante y generar un ambiente cálido, además de que resulta una herramienta que permite en la interacción bajar los niveles de angustia (García, Puente y Mejía, 2000).

Validación de sentimientos e ideas: Esta técnica propicia la expresión abierta, de ideas y sentimientos de los consultantes, sin que exista censura, haciéndoles saber que sus emociones son reacciones lógicas a los sucesos que viven, reconociendo como válidas estas emociones a modo que el consultante las acepte como parte de la situación que enfrenta (Zamudio, 2000).

Expectativas y fantasías de orientadores psicológicos vía telefónica

Las expectativas y fantasías de los orientadores telefónicos, tienen que ver con deseos, necesidades y temores; siendo que la búsqueda de estos, genera la autoconciencia y la postura de una toma responsable hacia la intervención psicológica (Gómez, 1994).

1. *Fantasías de omnipotencia:* Ante una persona en crisis, tal parece que sólo el orientador puede proporcionar una respuesta rápida, decisiva y experta, en esta fantasía se visualiza como protagonista central del proceso, dejando de lado la necesidad del cliente.
2. *Fantasías de pasividad:* Algunos orientadores refieren que al cliente “solo se le escucha”, devaluando esta importante actividad de escucha, siendo que la mejor respuesta es la que el cliente encuentra, y la mejor intervención podría ser aquella en donde se facilite el que esto ocurra.
3. *Fantasía del “poder del pensamiento”:* Esta se da cuando se piensa “es mejor no hablar de eso, porque si se habla se puede dar”. Esto resulta falso, ya que las personas que tienen problemas no son tan frágiles como las queremos percibir, han sobrevivido a las experiencias que han vivido, más bien son personas con más fuerza de la que se cree.
4. *El temor de la pérdida de control:* En ocasiones se tiene la idea de que el consultante está manipulando, esto sucede cuando existe inseguridad por parte del orientador por compartir el control en la relación de ayuda. Esto no quiere decir, que el orientador no se percate que se está dando la manipulación, la cual puede ser manejada en otro

momento del proceso terapéutico o en ese momento, a través de establecer límites con el consultante.

5. *Fantasía del detective privado*: Lo que se pretende es descubrir lo que realmente sucedió para apoyar a la persona, es necesario no perder de vista que la ayuda se da en el “aquí y ahora”. El hecho de que se tenga esta actitud dificulta el que consultante tenga confianza. Es fundamental creerle al cliente, aceptar lo que nos refiere hasta que se compruebe lo contrario, es importante darle peso en esta situación a los sentimientos. En el caso de experiencias alucinatorias supone creer que para el consultante es una realidad, en tanto que no es una realidad para el orientador.
6. *La fantasía de la madre bondadosa*: El pensar que todos los consultantes son adorables y simpáticos y por tanto el orientador tiene que tener una actitud cálida, comprensible y tolerante en todo momento, no siempre es así, ya que los clientes son seres humanos y en ocasiones pueden ser antipáticos, aburridos, insoportables, etc. Cuando el orientador, se percibe sintiendo antipatía, rechazo o algún sentimiento negativo hacia el consultante, se sugiere no darse por vencido de forma inmediata, respetar y aceptar los sentimientos que genera dicha situación puede evitar el que se caiga en el círculo vicioso demanda-rechazo, se sugiere si estos son persistentes y recurrentes el solicitar el apoyo de supervisión.
7. *Fantasías de autoevaluación*: Existe temor de que el cliente se dé cuenta de la falta de experiencia y habilidad; se sugiere confiar en los recursos personales y que la necesidad del cliente es sentirse entendido y sentir confianza.
8. Otras fantasías tienen que ver con *la efectividad en el procedimiento* “¿Con esto es suficiente?”, con respecto *al temor a la responsabilidad* “no sé qué voy a hacer si alguien se suicida”, cuando *se cree tener la capacidad de saberlo todo* “si supiera sobre”, el que se perciban como *indispensables* “¿Quién va a atender a mis consultantes?”

El conocer las fantasías permite tener las expectativas dentro de lo real y lo que se puede hacer es:

- Escucha empática y con interés, que permitan hablar libremente al consultante.
- El ser uno mismo, natural, espontáneo y con apertura.
- Movilizar recursos, en una actitud facilitadora el orientador, puede generar que la persona encuentre sus propias respuestas, de igual manera se pueden movilizar otros recursos y apoyarlo para que haga contacto con instituciones.
- El orientador puede aprender a conocer sus propios límites, a solicitar el apoyo de supervisión. Este trabajo despierta sentimientos muy intensos, por lo que se sugiere compartirlos a veces fuera de las sesiones de supervisión.

3.7 Principios básicos para la intervención psicológica por teléfono.

Los siguientes artículos se retomaron del Código Ético del Psicólogo, para tener lineamientos que ayuden a tener una mejor calidad en la interacción vía telefónica.

De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo.

Competencia y honestidad del psicólogo.

Art. 1. Los servicios que presta el psicólogo, y la enseñanza, y la investigación que realiza se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación, experiencia supervisada o experiencia profesional que haya recibido formalmente (p. 47).

Art. 9. El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto, se abstiene de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente,

cliente, colega, estudiante, participante en investigación, u otra persona con quien tenga una obligación profesional, académica o científica (p. 49).

Art. 10. “El psicólogo se mantiene alerta ante signos de problemas personales en sus primeras etapas, y busca ayuda para prevenir un desempeño significativamente deteriorado” (p. 49).

Art. 11. Cuando el psicólogo se percata de problemas personales que puedan interferir con el desempeño adecuado de las actividades relativas a su trabajo, toma medidas apropiadas, tales como obtener asesoría o ayuda profesional, y determinar si debe limitar, suspender o terminar dichas actividades (p. 49).

Calidad de las intervenciones psicológicas.

Art. 29. Al efectuar intervenciones y/o asesorías terapéuticas, preventivas, educativas, organizacionales, sociales, comunitarias, consejo psicológico directo, por escrito, por radio, telefónico, televisivo, por internet, o por cualquier otro medio de comunicación, el psicólogo se basa en la investigación y los datos acerca de la eficacia y efectividad de las técnicas o procedimientos que utilice (p. 54).

Art. 30. “El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación, o experiencia supervisada, y la pericia necesarias” (p. 54).

Art. 32. El psicólogo identifica los casos en los que ciertas técnicas o procedimientos de intervención no sean aplicables o requieran de ajustes para su utilización debido a factores tales como el género, edad, raza, origen étnico, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, idioma, o nivel socioeconómico de los individuos, y toma las medidas adecuadas para cerciorarse de su eficacia (p. 54).

Art. 35. El psicólogo que usa técnicas o procedimientos de intervención psicológicos por medio de procedimientos automatizados a distancia, como pueden ser por ejemplo, la internet o el teléfono, se cerciora de recibir la educación y formación necesaria para:

- a) prescindir de señales auditivas (como amplitud de voz, extensión del discurso, tartamudeo y vacilación al hablar), y señales visuales (como contacto visual, ruborización e inquietud) sólo perceptibles en la interacción frente a frente, y
- b) trabaja solamente con señales textuales.

Se mantiene alerta del hecho de que el correo electrónico y los sitios para “chatear” esconden o disfrazan las expresiones emocionales faciales, verbales, posturales, conductuales, signos diagnósticos y clínicos (auditivos y visuales) de la persona que recibe servicio psicológico por este medio. Asimismo, le advierte a ésta de los posibles límites de la confidencialidad y toma las medidas pertinentes para ocultar la identidad del cliente (p. 55).

Calidad de la enseñanza/supervisión e investigación.

Art. 43. El psicólogo proporciona la formación y supervisión debida a sus empleados o supervisados, y toma las medidas necesarias para asegurar que tales personas desempeñen los servicios razonablemente, competente y éticamente. Si políticas, procedimientos o prácticas institucionales impiden el cumplimiento de esta obligación, el psicólogo intenta modificar su rol o corregir la situación (p. 56).

De las relaciones que establece el psicólogo.

Relaciones duales o múltiples.

Art. 89. Cuando el psicólogo proporciona consejo o comentarios por medio de conferencias públicas, demostraciones, programas de radio o televisión, cintas pregrabadas, artículos impresos, material por correo, correo electrónico, internet, prensa u otros medios, toma las precauciones razonables para evitar que los recipientes de la información infieran que se ha establecido una relación personal con ellos (p. 73).

Art. 90. En las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo respeta los derechos que tienen otros para sustentar valores, cultura, actitudes y opiniones diferentes a los suyos propios. En las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo no discrimina injustamente a partir de edad, género, raza, origen étnico, idioma, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad, nivel socioeconómico o cualquier criterio proscrito por la ley (p. 73).

Art. 91. Cuando las diferencias de edad, género, raza, origen étnico, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad, idioma o nivel socioeconómico afectan significativamente el trabajo del psicólogo respecto a ciertos individuos o grupos, el psicólogo adquiere la formación, experiencia, asesoría y supervisión necesarias para asegurar la competencia de sus servicios, o canaliza a los usuarios de manera adecuada (p. 74).

Art. 92. El psicólogo no incurre, a sabiendas, en conducta que hostigue, acose o devalúe a personas con quienes interactúe en su trabajo, basándose en factores tales como la edad, el género, la raza, el origen étnico, el origen nacional, la religión, la orientación sexual, la discapacidad, el idioma o el nivel socioeconómico de esas personas (p. 74).

Relaciones sexuales.

Art. 94. El psicólogo no incurre en actividades sexuales con pacientes o clientes actuales, y no acepta como pacientes o clientes para terapia, a personas con quienes haya tenido intimidades sexuales. El psicólogo no sostiene intimidades sexuales con ex pacientes o clientes de terapia, estudiantes, asistentes, supervisados o cualquier otra persona, durante por lo menos dos años después de haber cesado o terminado su relación profesional con ellos (p. 75).

Relaciones con colegas y otros profesionales.

Art. 104. “El psicólogo arregla las consultas y canalizaciones apropiadas basándose principalmente en los mejores intereses de sus pacientes o clientes, con el consentimiento apropiado, y sujetándolas a otras consideraciones relevantes, incluyendo la ley aplicable y obligaciones contractuales” (p. 77).

Terminación de las relaciones.

Art. 116. “El psicólogo no abandona a los (las) pacientes o clientes” (p. 80).

Art. 117. “El psicólogo no influye en la decisión de un paciente de dar por terminados sus servicios” (p. 80).

Relación con la sociedad y la humanidad.

Art. 147. El psicólogo se abstiene de ofrecer servicios por medios telefónicos, electrónicos, u otros, a personas ubicadas en territorio nacional o fuera de éste, sin la formación adecuada que tome en cuenta las limitaciones inherentes a una relación impersonal, los límites de la confidencialidad, la efectividad del servicio, y de las relaciones entre una cultura y otra, aclarando desde un principio a la otra parte estos riesgos y limitaciones (p. 87).

Propuesta de intervención: “Taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos”

Este taller para la intervención en crisis vía telefónica, se diseña con la finalidad de que sea un apoyo para psicólogos que incursionen en esta modalidad terapéutica, tratando de que se refuercen los conocimientos respecto al tema, nace como una propuesta para ser integrada a su aprendizaje personal.

Es importante mencionar que este taller tiene como objetivo habilitar a profesionales de la salud en la intervención en crisis de primera instancia para la atención vía telefónica, ya que el trabajo posterior para las personas en situación de crisis se sugiere sea mediante una terapia presencial para que estas logren su restablecimiento homeostático; sin embargo es necesario mencionar, que existen líneas de atención psicológica por teléfono que si realizan una psicoterapia breve por este medio, manejando esto de forma profesional y ética como es el caso de SAPTEL.

En dicho taller se maneja la sensibilización de los orientadores, se retoma material teórico como: qué es una crisis, tipos de crisis, el impacto o las reacciones ante la crisis, fundamentos de la intervención en crisis, auxilios psicológicos por teléfono y algunos principios éticos para la interacción telefónica, en la sexta sesión se retomarán las fases del modelo de interacción telefónica de LOCATEL, con el objetivo de generar una ruta a través de pasos que ayuden a la interacción vía telefónica, lo anterior permeado por diferentes enfoques humanista, cognitivo conductual, sistémico y la intervención breve y de emergencia.

Justificación.

Es importante considerar que la demanda de atención en este ámbito ha aumentado debido al incremento poblacional, al respecto el INEGI refiere que en el 2010 en el D.F., el número de habitantes era de 8,851,080 personas, existiendo una tasa de crecimiento del 2000 al 2010 del 0.3 %; en cuanto a situaciones de adicción de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA, 2011), menciona que hubo un incremento significativo entre los adolescentes sobre el consumo de alcohol, además de señalar datos concluyentes sobre una epidemia de tabaquismo focalizado en jóvenes de 12 a 17 años y

en adultos jóvenes sobre todo mujeres; en tanto que la Encuesta Nacional de Violencia (ENVM, 2003), dice que 1 de cada 5 mujeres sufren de violencia de pareja actual, 1 de cada 3 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 2 de cada 3 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida; en cuanto al suicidio, el INEGI en el 2000 reporta un porcentaje de muertes del 6.6 % en personas de 10 a 14 años y en el 2010 fue de 13.2%, siendo que en el 2000 en la población de 45 a 49 años fue de 6.8% y en 2010 de 7.2%, existiendo un mayor índice en hombres que en mujeres. En lo concerniente al índice de desempleo éste aumento, datos del INEGI en el 2010, arroja en el corte de diciembre que el porcentaje de personas ocupadas era del 95% y las desocupadas del 4.94%, en septiembre de 2012 la población ocupada fue de 94.99% y la desocupada de 5.01%. De tal forma que existe la necesidad de enfrentar estos incrementos en el porcentaje y que el psicólogo se encuentre capacitado para brindar el apoyo necesario vía telefónica; siendo que existe la necesidad de capacitar aún más a los profesionales de la salud, con la finalidad de realizar un trabajo organizado y sistematizado para atender la demanda poblacional de salud, por tanto el objetivo del presente estudio es elaborar un taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos, como un apoyo para los profesionales que incursionen en esta modalidad terapéutica, tratando de que fortalezcan sus conocimientos, habilidades y competencias respecto al tema, y como una propuesta para ser integrada a su aprendizaje, con la finalidad de optimizar tanto los recursos de quien atiende como de quien recibe el apoyo.

Objetivo general.

Aplicar el taller de "intervención en crisis de primera instancia", para capacitar a los psicólogos en intervención en crisis y que éstos empleen una ruta clara en la interacción de apoyo con personas que se encuentran en una situación de crisis.

Objetivos específicos.

- Ofrecer al psicólogo un material referencial que sustente la intervención vía telefónica.
- Capacitar a través de dinámicas vivenciales en el empleo de la técnica de intervención en crisis.
- Propiciar el reconocimiento de los recursos personales del psicólogo que serán puestos a favor de la intervención en crisis.

Participantes.

Psicólogos que requieran capacitación en el modelo de intervención en crisis vía telefónica, que tengan cubiertos por lo menos el 75% de créditos de la carrera de psicología, el número de participantes mínimo deberá ser de 10 y como máximo 20.

Acciones propuestas.

Taller de 9 sesiones de 3 horas cada uno, con un total de 27 horas, para la capacitación de la intervención en crisis de primera instancia vía telefónica.

Materiales.

Presentaciones power point por sesión, 1 cañón, 1 laptop, rotafolios y el material para llevar a cabo cada una de las dinámicas.

Escenario.

El taller se llevará a cabo en las instalaciones con las siguientes características:

- Dimensiones: Mín.:8 M² Máx.: 12 M²
- Mobiliario: Es necesario un espacio libre con sillas cómodas y movibles para cada uno de los participantes, esto es un mínimo de 10 y máximo 20 sillas.
- Iluminación: El espacio cuenta con una iluminación adecuada.
- Ventilación: El espacio cuenta con una ventilación adecuada.
- Equipo necesario: Cañón, laptop y rotafolios.

Criterios de Evaluación: Para evaluar la funcionalidad del taller se realizará una evaluación (**Ver anexo 6**), a través de un cuestionario en cuanto al manejo del tema, para lo que se utilizará un diseño de Pretest–Postest.

“Taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos”

NO. DE SESIÓN	OBJETIVO	DURACIÓN
1	Integrar, evaluar, sensibilizar, informar sobre el contenido general del taller y revisar, las fantasías con respecto a la orientación psicológica vía telefónica	3 horas
2	Informar sobre las características de la crisis.	3 horas
3	Documentar sobre la intervención en crisis.	3 horas
4	Identificar los fundamentos generales sobre los primeros auxilios psicológicos por teléfono.	3 horas
5	Analizar y reconocer la importancia de los principios éticos en la interacción psicológica por teléfono.	3 horas
6	Revisar las fases del modelo de interacción telefónica de LOCATEL.	3 horas
7	Examinar material bibliográfico en relación a los distintos abordajes teóricos con la finalidad de desarrollar habilidades para la intervención en crisis como: solución de problemas (búsqueda de respuestas alternativas, método socrático, análisis de la lógica incorrecta, comprobación de hipótesis, orientación, definición y formulación del problema, toma de decisiones entre otras).	3 horas
8	Incorporar herramientas de abordaje en la atención telefónica, como: empatía, escucha activa, parafraseo, reflejo, concretar, resolución de problemas, contención emocional, validación de sentimientos, entre otras.	3 horas
9	Integrar la teoría con la práctica, retroalimentar, cerrar y evaluar.	3 horas

“Taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos”

SESIÓN NO. 1. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Integrar, sensibilizar y revisar con los participantes, las fantasías con respecto a la orientación psicológica vía telefónica, a través de dinámicas vivenciales e informativas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y entrega de cuestionario.	Se entregará a los participantes una hoja de registro y el pretest para que sea contestado en esta primera sesión, además se les hará mención del postest en la última reunión (Ver anexo 6).	Lista, cuestionario y bolígrafos.	30 Min.	Control de asistencia y evaluar/ Asistente
Integración grupal y expectativas del grupo.	Dinámica “cóctel de frutas”, los participantes se sentarán en círculo, se les dará el nombre de una fruta, pueden ser 4 frutas distintas, cuando se menciona el nombre de la fruta, estos tienen que cambiar de lugar y cuando se diga cóctel de frutas todos tienen que cambiar de silla, queda una persona en el centro sin lugar, ésta persona, se presentará y hablará sobre sus expectativas respecto al taller, las que se anotarán en una hoja de rotafolio. La persona que va quedando en el centro continúa la dinámica hasta que todos se presenten.	Hoja de rotafolio, marcadores y sillas.	30 Min.	Integrar y conocer expectativas/ Psicólogo
Presentación del programa.	Se realizará una revisión de los temas contenidos en el taller, así como el número de sesiones y la duración de estas.	Laptop, diapositiva y cañón.	10 Min.	Información general del taller/ Psicólogo
Encuadre.	Se llegará a acuerdos grupales, a través de lluvia de ideas, respecto a las reglas o normas de trabajo, las cuales se anotarán en una hoja de rotafolio y estarán presentes en cada sesión.	Hoja de rotafolio y marcadores.	15 Min.	Encuadre de las sesiones/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Sensibilización.	Se solicitan 8 participantes para que realicen un sociodrama de cada una de las fantasías que presentan los orientadores de la atención psicológica vía telefónica, se les entregará una tarjeta con la descripción de la expectativa a representar, el resto del grupo elijará el nombre de la fantasía de entre las opciones, las que serán pegadas en el pizarrón. Al final de cada participación, se aclarará cual es la asignación de la fantasía representada. (Dinámica modificada, Aguilar, 1991).	8 tarjetas con las diferentes fantasías y 8 hojas con los nombres de las fantasías.	35 Min.	Sensibilizar respecto a las diferentes fantasías para generar autoconciencia y una postura responsable hacia la atención psicológica/ Psicólogo
Presentación del tema "fantasías y expectativas en la intervención en crisis.	Se explicará a través de diapositivas, la información de cada una de las fantasías respecto a la orientación psicológica vía telefónica, retomando la dinámica anterior para reafirmar contenidos, aprendizajes y experiencias.	Laptop, diapositivas y cañón.	30 Min.	Reflexionar sobre las expectativas o fantasías en la orientación psicológica/ Psicólogo
Cierre.	Se pedirá a los integrantes se pongan de pie, en círculo y se les solicitará digan que se llevan de ésta sesión y que aportaron. Se les agradecerá su participación.		10 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 2. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Sensibilizar e informar a los participantes para que detecten las características de la crisis, a través de dinámicas vivenciales e informativas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Sensibilización.	Se llevará a cabo la dinámica “la biografía”, se darán dos tarjetas por participante, se les pedirá que escriban dos experiencias difíciles en su vida y edad en que ocurrió. No deben escribir su nombre, al terminar deben pegar su tarjeta en la pared en la edad correspondiente. En la pared se marca con un listón y con tarjetas, una línea de tiempo por periodos de 5 años. Al final de la actividad, se pedirá lean las experiencias ubicadas por edades, comentarán sus opiniones y cómo se sintieron. Se apoya a los participantes para ver su experiencia dentro de un continuo y lo que es una crisis, cómo la han vivido y enfrentado. (Dinámica modificada, Magañon, 2003).	2 tarjetas en blanco por participante, bolígrafos, listón, diurex y tarjetas para separar acontecimientos cada 5 años.	65 Min.	Sensibilizar con respecto a lo que es una crisis/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Exposición de conceptos básicos sobre crisis.	Se revisará la información sobre conceptos básicos sobre crisis, tipos, fases, reacciones y conductas de enfrentamiento. Se integrará la información a la dinámica previa de sensibilización.	Laptop, diapositivas y cañón.	60 Min.	Ahondar acerca de lo que es una crisis/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “Las tres sillas”. Se colocarán tres sillas formando un círculo, a cada uno de los participantes se les pedirá se sienten de forma sucesiva en cada silla y expresen en la primera "Cómo llegaron a la sesión", en la de en medio: "Cómo se sintieron durante la sesión" y en la tercera: "Cómo se van de la sesión". Se recapitula en función del valor del impacto grupal de cada uno, de acuerdo a su aportación durante la reunión.	3 sillas.	25 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 3. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Documentar y sensibilizar a los participantes sobre la intervención en crisis, a través de dinámicas vivenciales e informativas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Sensibilización.	Dinámica teatro-foro, se piden al grupo 6 voluntarios, para trabajo en parejas, se les pedirá representar una situación de crisis la que ellos elijan, en donde una persona es la que solicita la ayuda y la otra es el orientador, y se solicitará se sienten de espaldas; el grupo tiene la posibilidad de interrumpir y modificar cuando lo desee, sustituyendo al personaje con el que no está de acuerdo, tratando de encontrar alternativas a la situaciones planteadas. Se realizarán tres representaciones, al final se le preguntará al grupo y a los participantes cómo se sintieron y lo que piensan de las opciones generadas. (Dinámica modificada, Aguilar, 1991).	2 sillas.	65 Min.	Sensibilizar respecto a la intervención en crisis como una herramienta para la atención psicológica/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Presentación de información sobre intervención en crisis.	Se expondrán los siguientes temas: antecedentes, influencias teóricas, niveles de prevención y definición de intervención en crisis. Se integrará dicha información con la dinámica de teatro-foro.	Laptop, diapositivas y cañón.	55 Min.	Comprender la importancia de la intervención en crisis/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “Mensajes positivos”, se entrega a cada participante una hoja blanca y se le pedirá se la pegue en la espalda; se les solicitará a todos, escriban en está un mensaje positivo personal a cada uno de sus compañeros. Estos mensajes tienen que ser concretos y positivos, pueden o no firmarse de acuerdo a quien los escribe. Después de que todos han leído sus mensajes pueden hacerse comentarios al respecto. (Dinámica modificada, Aguilar, 1991).	Hoja blanca por participante, diurex y marcadores.	30 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 4. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Identificar y sensibilizar, acerca de los fundamentos generales sobre los primeros auxilios psicológicos por teléfono, a través de dinámicas vivenciales e informativas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Sensibilización.	Dinámica “Paseo a ciegas”, Se piden 3 parejas de participantes, uno del par, se cubrirá los ojos con una venda por 15 minutos, mientras su compañero lo guía por el salón, ambos pueden hablar, quien guía tiene que cuidar a su compañero. Luego cambiarán de rol con las mismas instrucciones, el resto del grupo será observador. Al final, se retomará su experiencia y la relación de esta dinámica con el tema (Dinámica modificada, Stevens, 2005).	3 vendas.	50 Min.	Sensibilizar respecto a la responsabilidad que se tiene en los primeros auxilios psicológicos/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Revisar información sobre los primeros auxilios psicológicos por teléfono.	A manera de exposición se revisarán los siguientes temas: componentes de los auxilios psicológicos por teléfono, valoración de mortalidad y características de la intervención telefónica.	Laptop, diapositivas y cañón.	50 Min.	Analizar las implicaciones de los primeros auxilios psicológicos por teléfono/ Psicólogo
Pasar de lo teórico a lo práctico.	Se expondrán 2 casos, para que los integrantes del grupo, a través de lluvia de ideas generen el abordaje a dichos ejemplos. Retomando las aportaciones, al final se recapitulará y enriquecerá dicho abordaje (Ver anexo 1).	2 casos específicos de crisis escritos en dos tarjetas.	30 Min.	Repasar la sesión/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “Mar afuera, mar adentro”, se traza una línea, en el piso, se colocan de pie todos los participantes, cuando se diga mar afuera estos tienen que brincar fuera de la línea y cuando sea mar adentro brincan al interior, quien pierda al no seguir la instrucción, compartirá que le gusto y no de la sesión.	Masking tape para marcar una línea en el piso.	20 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 5. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Analizar y reconocer con los participantes, la importancia de los principios éticos en la interacción psicológica por teléfono, a través de dinámicas vivenciales e informativas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Sensibilización.	Dinámica “La figura”, esta es realizada en tres momentos: 1. Se pide a los participantes hacer una figura con plastilina, la que colocarán sobre una hoja, posteriormente se habla respecto a la figura; 2. Se realizará una técnica de relajación en donde tendrán los ojos vendados, momento en que se cambian las figuras por plastilina sin forma, 3. Con los ojos descubiertos se aborda que les genera el que su figura este desecha y se enlaza con la importancia de tener principios éticos en la interacción (Ver anexo 2) .	Vendas para cada participante, hojas, plastilina para cada participante y música de relajación.	60 Min.	Sensibilizar respecto a los principios éticos en la atención psicológica/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Información de los principios éticos en la atención psicológica.	Se examinará de manera teórica lo siguiente: principios básicos éticos en la práctica del psicólogo que atiende vía telefónica.	Laptop, diapositivas y cañón.	35 Min.	Discutir sobre la relevancia de los principios éticos en el apoyo/ Psicólogo
Aplicación de conceptos teóricos en casos.	Se realizarán 3 grupos de trabajo y se les darán por equipo 6 artículos del código ético, para que en 15 minutos, reflexión acerca de la importancia de estos y sugieran algunos ejemplos; después en plenaria se compartirán sus conclusiones y ejemplos, los cuales serán enriquecidos por el resto del grupo y anotados en una hoja de rotafolio.	Impresos 6 artículos de los 18, para cada equipo, hojas de rotafolio, y marcadores.	30 Min.	Repasar la sesión/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “el mimo” se colocará al grupo en círculo y se les pedirá a cada participante que a través de mímica compartan que de positivo se llevan de la sesión y que es necesario cambiar de ésta, para su mejora.		25 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 6. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Revisar con los participantes las fases del modelo de interacción telefónica de LOCATEL, como propuesta para la intervención psicológica vía telefónica en crisis.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Sensibilización.	Dinámica de comunicación, se pedirán al grupo dos voluntarios, en dos momentos distintos, ambos describirán una lámina que sólo ellos ven, uno de ellos sólo va a transmitir lo que ve, el grupo no le puede hacer preguntas, en tanto que con el segundo, el grupo puede dialogar con este, acerca de la lámina; en ambos casos, el resto del grupo, tiene que reproducir las láminas y al final todo el grupo tiene que reflexionar entre la diferencia que hay en las dos situaciones, en función de sus figuras. (Dinámica, González, s/f).	2 láminas de diferentes figuras geométricas sobrepuestas, 2 hojas por participante, lápiz y goma.	50 Min.	Sensibilizar acerca de la trascendencia de una comunicación lineal/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Exposición de las fases del modelo de Locatel.	Se realizará el abordaje teórico de las diferentes fases del modelo de interacción de Locatel.	Laptop, diapositivas y cañón.	50 Min.	Informar sobre las diferentes fases del modelo/ Psicólogo
De la teoría a la práctica.	Se solicita al grupo un caso de crisis, se va integrando el modelo de interacción a este, así como la reflexión de la dinámica de sensibilización, lo que se llevará a cabo en forma de plenaria.	Caso de crisis generado por el grupo.	25 Min.	Repasar la sesión/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “una y mil maneras de llegar”. Todo el grupo se colocará en un extremo del espacio y se les pedirá pasen al otro lado de una forma diferente, sin repetir formas de pasar. Se retoma lo anterior, en función de los objetivos del modelo como el pasar de un lado al otro, y la creatividad de trasladarse en relación al estilo de cada uno. Se entrega material de lectura de los diferentes enfoques para la siguiente sesión.		25 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 7. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Explorar y revisar los abordajes teóricos de la intervención en crisis. Incorporar técnicas de abordaje y retroalimentar a los participantes, a través de dinámicas vivenciales.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Presentación de intervenciones en la interacción.	Se examina material teórico de acuerdo a los diferentes enfoques (previa lectura): solución de problemas (búsqueda de respuestas alternativas, método socrático, análisis de la lógica incorrecta, comprobación de hipótesis, orientación, definición y formulación del problema, toma de decisiones, entre otras)	Laptop, diapositivas y cañón.	50 Min.	Examinar el uso de herramientas en la interacción psicológica/ Psicólogo
Sensibilización.	Dinámica, se forman 3 subgrupos, se les pedirá elegir un coordinador el que controlará los tiempos de participación para que todos expongan sus ideas y un secretario o relator que anotará las conclusiones para exponerlas a todo el grupo, el tema a reflexionar será la importancia de buscar alternativas de acuerdo a los diferentes enfoques en una situación de crisis y cómo lograrlo, se darán 15 minutos para esta primer parte; posteriormente por subgrupos expondrán al grupo sus aportaciones. (Dinámica modificada, Aguilar, 1991).		35 Min.	Sensibilizar para que asuman una actitud activa en proceso de ayuda/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Práctica.	Se solicitan dos participantes para plantear dos situaciones específicas de crisis (Ver anexo 3), el resto del grupo participará en la solución de los problemas planteados, se hará de forma ordenada levantando la mano para participar, al final de esta dinámica se recapitula, se retoma como se sintieron y que piensan tanto los voluntarios como el grupo de lo generado.	2 Ejemplos de crisis.	45 Min.	Repasar la información de la sesión/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “lo mejor que paso” se colocará a todos los participantes en círculo y se pedirá respondan a la siguiente pregunta ¿qué ha sido lo mejor de la sesión? Al final es importante expresar los sentimientos, opiniones, reacciones, etc., que ha sentido el grupo al escuchar las intervenciones de los demás (Dinámica modificada, Aguilar, 1991).		20 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 8. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Sensibilizar a los participantes e incorporar herramientas de abordaje en la atención telefónica, a través de dinámicas vivenciales e informativas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Sensibilización.	Dinámica “ronda de la confianza”, se pedirá al grupo un voluntario al que se le vendarán los ojos, se le solicitará cruce los brazos, y permita que el grupo lo vaya guiando, los demás participantes estarán colocados en un círculo, y pasarán entre ellos al voluntario de forma suave. Al final de la dinámica se comentará acerca de cómo se sintieron y lo que piensan al respecto (Dinámica modificada, Stevens, 2005).	1 venda.	50 Min.	Sensibilizar respecto a la significación de un trato respetuoso y empático/ Psicólogo
Presentación de algunas herramientas de interacción.	Se explorarán teóricamente algunas herramientas de intervención vía telefónica, de acuerdo a diferentes enfoques, como: empatía, escucha activa, parafraseo, reflejo, concretar, resolución de problemas, contención emocional, validación de sentimientos, modulación de voz, reformulación, resumen confrontación, metáforas y acompañamiento, entre otras.	Laptop, diapositivas y cañón.	55 Min.	Examinar el uso de herramientas en la interacción psicológica/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Práctica de las estrategias.	Se ponen tres situaciones para el ensayo de las diferentes estrategias, se retoman las aportaciones, a través de lluvia de ideas (Ver anexo 4) .	3 ejemplos.	25 Min.	Repasar la sesión/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “te acuerdas cuando...” se dividirá una hoja de rotafolio en tres momentos en cuanto al proceso vivido por el grupo, se pedirá a todos los participantes pongan frases que describan estos momentos en función del aprendizaje, se retomará lo escrito.	Hoja de rotafolio y marcadores	20 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo

SESIÓN NO. 9. OBJETIVO ESPECÍFICO.- Integrar la teoría con la práctica y retroalimentar a los participantes, a través de dinámicas vivenciales.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION/ INSTRUCTOR
Registro y saludo.	Se entregará a los participantes una hoja de registro.	Lista de asistencia.	10 Min.	Control de asistencia/ Asistente
Sensibilización.	Dinámica “Situación imaginaria”, a través de imaginación se les pide que se encuentren con ellos mismos y se planteen una situación dolorosa, difícil que les genera una gran preocupación y un gran pesar, se van formulando preguntas guías, al final se les pide compartir cómo se sintieron, qué piensan de lo que vivenciaron, las aportaciones se integran con la información revisada (Ver anexo 5) .		40 Min.	Sensibilizar para que asuman una actitud responsable y empática en el proceso de ayuda/ Psicólogo
Receso.			20 Min.	Descanso/ Psicólogo
Práctica.	Se retoman de 2 a 3 ejemplos de la dinámica anterior pidiendo voluntarios de esto a los participantes y se realiza juego de roles, brindando contención emocional de ser necesario y retroalimentación en función a los enfoques, al modelo y los principios éticos.	3 Ejemplos de la dinámica anterior.	60 Min.	Repasar las sesiones anteriores/ Psicólogo
Cierre.	Dinámica “el poema”, se les pide a todos que realicen un breve poema de las sesiones del taller, se les dan 5 minutos, conforme van terminando, se les pide lo anoten en una hoja de rotafolio de forma seguida, al concluir todos esta actividad se dará lectura de forma corrida. Al término pueden expresar lo que sintieron. Se retomará la hoja de rotafolio con sus expectativas para analizar cuáles fueron cubiertas y cuáles no, además se les agradece su participación en las sesiones.	Hoja de rotafolio, marcadores y hoja de rotafolio con las expectativas del grupo.	20 Min.	Cierre de sesión/ Psicólogo
Entrega de cuestionario.	Se entregará a los participantes la evaluación posttest para que sea contestado en la última sesión. (Ver anexo 6)	Cuestionario y bolígrafos.	20 Min.	Evaluar conocimientos adquiridos/ Asistente
Evaluación de las sesiones.	Se les pedirá a los participantes evalúen las sesiones por escrito (Ver anexo 7) .	Evaluación y bolígrafos.	10 Min.	Evaluar sesiones/ Asistente

DISCUSIÓN, ALCANCES Y LIMITACIONES.

Hoy en día, observamos que las diferentes líneas psicológicas de intervención en crisis manejan diferentes modelos de atención para distintas problemáticas. El inicio de éstas se ha venido desarrollando de manera vivencial y empírica, encontrando su fundamento teórico, metodológico y sistemático a lo largo de su desarrollo.

Como resultado de esta investigación documental, no se encontró un modelo generalizado de atención telefónica, derivado de una multivariedad de factores dentro de los cuales destacan el que las líneas tengan diferentes objetivos y temáticas de atención y el que existan diferentes visiones metodológicas de abordaje, por lo que se propone enriquecer con diferentes enfoques teóricos, el modelo de atención telefónica de Locatel, el cual es claro, sencillo e integral, de igual forma, permite la mejora y optimización de los recursos personales tanto de quien solicita los servicios telefónicos como de quien los ofrece.

Esta propuesta pretende fortalecer las habilidades de formación que se adquieren en la licenciatura de Psicología, en donde se incluye parte del conocimiento de psicopatologías, el manejo de los distintos estados emocionales, entre otras, lo que hacen de este profesional de la salud mental, el personal idóneo para la atención de personas en situación de crisis. Este taller, pretende nutrir su desempeño, para generar una atención con calidad, calidez, eficaz y eficiente.

Siendo que de la capacitación se espera que el psicólogo distinga los diferentes niveles preventivos en la intervención en crisis para dimensionarla, así como los riesgos del usuario, y que realice la identificación de patologías graves, sensibilice al usuario para un proceso terapéutico y haga una adecuada referencia institucional en caso de ser necesario. Además de detectar cuando es necesaria tener una actitud directiva o una facilitadora, mediante una atención sensible, empática, autocrítica y objetiva en el evento de crisis.

De tal forma, que es necesaria la capacitación en este ámbito, para que a nivel institucional exista más gente preparada para la intervención en crisis, de ahí la necesidad de dotar a los psicólogos en general para intervenir en situaciones de emergencia. De igual forma,

este trabajo pretende servir de base para habilitar a los participantes en las distintas acciones y niveles preventivos.

La presente propuesta sugiere enriquecer un modelo de interacción telefónica ya existente mediante diferentes enfoques teóricos, poniendo especial énfasis en el desarrollo de las herramientas de abordaje, cuyo fundamento teórico, está basado en el aquí y en el ahora, que nos permita desarrollar las potencialidades del que llama y del que brinda la atención, poniendo especial énfasis en la persona y sus interrelaciones, atendiendo de manera particular aquellas relaciones significativas para el mantenimiento del problema y cómo éstas determinan en su actuar y que apoye al usuario a tomar decisiones de forma planeada y estructurada.

Este trabajo pretende ofrecer un taller de capacitación sobre intervención en crisis vía telefónica en 9 sesiones de 3 horas diarias, con la finalidad de dotar de material teórico y práctico a los participantes, para que estos integren esta información metodológica a su quehacer cotidiano, a través de dinámicas vivenciales, habilitando de herramientas prácticas para la intervención en crisis.

A lo largo de la búsqueda bibliográfica, encontramos como limitantes el que existe poca investigación reciente sobre el tema y que sus inicios datan desde los años 40's, cuando inicia la necesidad del trabajo de intervención en crisis y continúan las investigaciones hasta la década de los 90's. Es importante también mencionar que para el surgimiento de líneas de atención telefónica éstas puedan contar con líneas de acción, mecanismos, estrategias y un panorama en general de un servicio de interacción psicológica en situación de crisis, propuesto en este taller.

Por otro lado las limitantes a esta propuesta de capacitación son: las dificultades administrativas que sustenten este tipo de proyectos; la falta de recursos por parte de algunos psicólogos para capacitarse; el temor que existe para incursionar en el trabajo de intervención en crisis, así como dejar los conocimientos solo en lo teórico y no en la aplicación.

Referencias.

- Aguilar, M. (1991). *Cómo animar un grupo*. México: "El Ateneo".
- Aguilera, D. (1976). *Control de los conflictos emocionales*. (2ª. ed.). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Alvarado, Y. y Carrizosa, B. (en prensa). *Manual de procedimientos utilizado en el call center UNAM*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. (2ª. ed. Adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Bellak, M. & Small, L. (1990). *Psicoterapia breve y de emergencia*. (6ª. reimpresión). México: Pax.
- Cade, B. & Hudson, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Ediciones Paidós.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Biblioteca de Psicología, Descleé de Brouwer.
- Castanedo, C.; Brenes, A.; Jensen, H.; Lucke, H.; Rodríguez, G.; Thomas, P. (2000). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. (2ª. ed.). México: El Manual Moderno.
- Cormier, W. y Cormier L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. (3er. ed.). Bilbao: Biblioteca de Psicología, Descleé de Brouwer.
- Dartevelle, B. (2010). *La psicoterapia centrada en la persona, según Carl Rogers*. Madrid: Gaia.
- Dorantes, C. & Matus, G. (2002). *El estrés y la ciudad*. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?url=http://redalyc.org/pdf/342/34251807.pdf&chrome=true>.
- Egan, G. (1981). *El orientador experto un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2013. Comisión Nacional Contra las Adicciones, SSA. Disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf.
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos 2003 – 2010. Instituto Nacional de Psiquiatría: "Ramón de la Fuente Muñiz" Disponible en <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Instituto Nacional de Salud Pública SSA. Disponible en http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Ceameg/violencia/sivig/doctos/envim03.pdf.
- Erickson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton.
- Fernández, A. & Rodríguez, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.
- García, A.; Mejía, M.; y Puente, V. (2000). *Línea mujer, atención y apoyo integral, una experiencia de servicio telefónico*. México: LOCATEL.
- Gómez, J. (1994). *Intervención en las crisis: manual para el entrenamiento*. México: Plaza y Valdés editores.

- González, E. (s/f). Recopilación *456 juegos y dinámicas de integración grupal*. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/42827173/500-Dinamicas-de-Integracion-Grupal>
- Grupo por un país mejor (s/f). Farmacias de similares. SIMITEL. Disponible en: <http://www.farmaciasdesimilares.com.mx/simitel.html>
- Grupo por un país mejor (s/f). Instituciones. Disponible en: <http://www.porunpaismejor.com.mx/instituciones.html>
- Halpern, H. (1973) *Crisis theory: A definitional study*. *Community Mental Health Journal* DOI: 10.1007/BF01410870
- Hernández, N. y Sánchez J. (2007). *Manual de psicoterapia Cognitivo Conductual para trastornos de la salud*. Buenos Aires: Libros en red.
- Hewitt, R. y Gantiva, C. (2009). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva avances en psicología Latinoamericana*. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082010000200003&script=sci_arttext
- Horowitz, M. (1976). *Diagnosis and treatment of stress response síndromes: general principles*. En H. J. Parad, H. L. P. Resnik & L.G.Parad (Eds.) *Emergency and disaster management: A mental health source book*, Bowie, Md.: The Charles Press Publishers.
- Erickson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton.
- Kaplan, H. (1987). *Compendio de psiquiatría*. (2da. ed.). Barcelona: Salvat Editores.
- Lerner, M. (1974). *Introducción a la psicoterapia de Rogers*. Argentina: Nueva Visión.
- Magañón, C. (2003). *Grupos de reflexión, guía didáctica, UAPVIF*. Manuscrito inédito.
- Mancera, N. (2009). *Propuesta de un manual de terapia cognitiva dirigido a usuarios –sexo femenino- del SAPTEL que presentan sintomatología depresiva*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martin, G. y Pear, J. (1996). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. (5ª. ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Martínez, F. y Sánchez, I. (2013). *Programa de intervención en crisis a víctimas de desastres naturales y socio-organizativos*. Disponible en la Facultad de psicología, UNAM.
- Mejía, M. (2000). *De joven a joven, espacio de dialogo y reflexión, una experiencia de servicio telefónico*. México: LOCATEL
- Mejía, M. (2000). *Niñotel, atención para la niñez y su familia, una experiencia de servicio telefónico*. México: LOCATEL.
- Meraz, R. (2011). *Modelo de intervención en crisis aplicado a la prevención de la deserción estudiantil en educación superior*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- México en cifras INEGI. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nye, R. (2002). *Tres psicologías: perspectivas de Freud, Skinner y Rogers*. (6ª. ed.). México: Thomson, Learning.
- Oblitas, L. (2006) *Psicología de la salud y calidad de vida*. (2ª.ed.). México: Thomson.
- Reyes, N. (2007). *Propuesta para la aplicación de un modelo de intervención en crisis a personas vulnerables por violencia laboral y sus secuelas*. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de México.
- Rogers, C. (1964). *El proceso de convertirse en persona*. (Reimpresión 2003). Buenos Aires: Paidós.

- Rogers, C. y Rosenberg, R. (1989). *La persona como centro*. (2ª. ed.). Barcelona: Herder.
- Romo, G. (2007). *Intervención en crisis y psicoterapia breve, vía telefónica en una institución privada*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, A., & Sánchez, P. (2001). *Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352001000200002&script=sci_arttext&lng=pt
- Santillán, S. (2011). *Modelo de atención del programa de atención telefónica ANAR*. Manuscrito inédito.
- Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones ST-CONADIC, SSA. (2010). *Modelo de intervención del Centro de Orientación Telefónica*. Manuscrito inédito.
- Servicio Público de Localización Telefónica, LOCATEL. Disponible en: <http://www.locatel.df.gob.mx/?q=taxonomy/term/11>
- Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Ediciones Paidós.
- Sistema Nacional de Apoyo, Consejo psicológico e intervención en crisis por teléfono, SAPTEL. Disponible en: <http://www.saptel.org.mx/>
- Slaikew, K. A. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. (2ª. ed.). México: Manual Moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. (4ª. ed.). México: Trillas.
- Stevens, J. (2005). *El darse cuenta, sentir, imaginar y vivenciar*. Chile: Cuatro Vientos.
- Szprachman, R. (2003). *Terapia breve. Teoría de la técnica, su ampliación clínica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- UNAM abre al público servicio de Call Center para atención psicológica (s/f). Disponible en: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_220.html
- Wainrib, B. & Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Weiss, C. (2005). *FONOINFANCIA: Sistematización de una modalidad de intervención telefónica de ayuda* [versión electrónica] Psykhe, 14 (1), 89-105.
- Zamudio, J. (2000). *Modelo de interacción telefónica*. Guía para la atención. México: LOCATEL.

ANEXOS.

Anexo 1

Ejemplo 1: Llama una usuaria de 20 años, angustiada y llorando. Menciona que su hermana de 14 años, intentó aventarse del tercer piso de su casa hace unos instantes, no sabe qué hacer, ¿cómo la ayuda?, están sus otros dos hermanos en casa, sus papás y un tío paterno; su hermana se encuentra en su recámara sola, pero menciona que ésta tiene miedo, ya que refiere que alguien le quiere hacer daño y empieza a presentar alucinaciones auditivas, este intento suicida, se da debido a que la menor reprueba 3 materias de la secundaria.

Ejemplo 2: Se comunica una usuaria de 30 años, refiere un embarazo de 7 meses y se encuentra muy angustiada, presenta algunos problemas para respirar, esto le ocurre cuando se angustia, pide se le brinde apoyo para lograr tranquilizarse y pide referencia de una institución.

Anexo 2

Dinámica “La figura”, se pedirá a todos los participantes se sienten en círculo en el piso, se les da una hoja blanca y plastilina, se les pedirá hagan con la plastilina la figura que quieran y la coloquen sobre la hoja, posteriormente se les pedirá que hablen sobre esta, cómo se sintieron, si les gustó o no y que piensan de su creación, se recapitularán las aportaciones de los participantes, se les solicitará después que cubran sus ojos con paliacates o vendas, se les pondrá música y se realizarán ejercicios de respiración, se les inducirá a pensar en su figura, su sentir respecto a ésta, se concluirá ésta tarea con ejercicios de respiración, haciendo hincapié al “aquí y al ahora”, mientras se lleva a cabo este ejercicio, el asistente cambiará todas las figuras por pedazos de plastilina sin forma sobre una hoja blanca y las colocará en el lugar de cada participante, se tendrá cuidado de que el color de la plastilina corresponda a la utilizada en la realización de la figura, una vez terminada la inducción y cambiadas las figuras se les pedirá que descubran sus ojos, al ver la plastilina sin forma se les pedirá que compartan como se sienten y que piensan.

Las figuras serán escondidas de forma temporal. Al final se les regresarán sus figuras las cuales pueden conservar o no. Se retomará esta dinámica en función de la relevancia de tener principios básicos en la interacción telefónica con las personas en situación de crisis. Se considerará también esta dinámica con el cometido de que perciban, el sentir y pensar del consultante cuando los principios éticos no son llevados a cabo en el proceso de ayuda.

Anexo 3

Ejemplo 1: Un usuario de 37 años, se encuentra sólo muy cerca de una estación del metro, llama de una cabina pública, refiere tener problemas con su pareja desde hace medio año, estos se incrementaron desde que falleció su padre de él hace 4 meses, por lo que llama para comentar que se va a quitar la vida en este transporte-

Ejemplo 2: Una usuaria de 26 años, se comunica y comenta se encuentra triste y enojada, ya que por una negligencia médica en una cirugía perdió la movilidad de sus piernas desde hace 14 años, le molesta el que su hermana la atiende con enojo y el que su mamá la sobreproteja, ella quiere tomar decisiones pero no la dejan, se encuentra dependiente de su familia, busca opciones pero no encuentra ninguna solución.

Anexo 4

Ejemplo 1: Marca al teléfono un consultante de 38 años, haciendo referencia de que su padre falleció de cáncer hace 2 semanas, él vivía con el usuario y su hijo de este de 14 años, era la compañía durante el día de éste último, todavía tienen la ropa de su papá, la que no quiere conservar, pero no sabe si estarán de acuerdo con esto sus demás hermanos, son 6 en total, también menciona, percibe triste a su hijo, no quiere tocar el tema porque piensa que lo va a afectar y a él también le resulta muy difícil tocar la situación, comenta que no lo ha hablado hasta ahora.

Ejemplo 2: Llama una usuaria de 25 años, casada hace 3 años, menciona que ha tenido problemas en el trabajo, cree que la van a despedir, en su matrimonio ha tenido varios problemas, con sus hermanos que son 3, no tiene una buena relación y está pensando en quitarse la vida, llama desde su casa.

Ejemplo 3: Se comunica una usuaria de 30 años, comenta estar desesperada, ya que tiene problemas con su hija de 14 años, quien estudia 2do. año de secundaria, refiere que la menor, cuando quiere ir a ver a su novio, no le importa la hora que sea, aborda un taxi y

va a verlo, no le obedece, cuando ellas tienen conflictos, la hija de la usuaria, tiende a ir a la farmacia y comprar agujas para perforarse, ha tenido dos intentos de suicidio, está siendo atendida en el hospital psiquiátrico Juan N. Navarro, en donde le dijeron que tiene un trastorno de la personalidad disocial, llama porque acaba tener problemas con su hija, ya que no le permitió salir y no sabe qué hacer.

Anexo 5

Dinámica "Situación imaginaria", se solicitará a los participantes se pongan lo más cómodos posible, se les pedirá cierren los ojos, realicen ejercicios de respiración, se les describe brevemente el lugar en donde se encuentran y se continúa con los ejercicios de respiración, se les solicita posteriormente imaginen que se encuentran con ellos mismos y esta persona les plantea una situación dolorosa, difícil que le genera una gran preocupación y un gran pesar, le preguntan todo acerca de esta situación y lo que necesita en esos momentos; después de un tiempo pertinente, se les pide nuevamente hagan contacto con su respiración, mencionándoles que se encuentran en "el aquí y el ahora", para concluir este ejercicio, se les vuelve a describir el lugar en donde se encuentran y se les sugiere abrir sus ojos cuando lo crean conveniente. Se les solicita compartan como se sintieron con esta experiencia en primera persona, que piensan de lo que experimentaron y cuál fue la situación planteada. Se retomarán las aportaciones del grupo e integrarán con la información que se ha revisado anteriormente.

Anexo 6

Se aplicará la evaluación propuesta al inicio (pretest) y al término del taller (postest).

Evaluación del “Taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos”.

Fecha:	
No. de sesión:	
Nombre del participante.	

1. Sofía, terminó recientemente su relación de pareja, en la que vivió 3 años, ¿cuál de las siguientes situaciones podría describir lo que ella vive?
 - a) Conflictos internos y ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso.
 - b) Es un evento que va de 4 a 6 semanas y se puede resolver de forma adaptativa o desadaptativamente.
 - c) Se presenta con eventos extraordinarios en donde un individuo no tiene ninguna manera de prever o controlarla, es azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica.
 - d) Estado temporal de trastorno y desorganización, donde hay una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.
2. Pablo vivió la pérdida de su trabajo, dicha situación lo hizo sentir devastado ¿Qué tipo de crisis experimento?
 - a) Evolutiva.
 - b) Circunstancial.
 - c) De desarrollo.
 - d) Existencial.
3. Patricia presenta una crisis por una situación de un duelo con un ser querido, ¿qué pasos necesitarías utilizar para brindarle auxilio psicológico?
 - a) Hacer contacto psicológico, exploración de las dimensiones del problema, analizar posibles soluciones, asistir en la ejecución de la acción concreta y seguimiento.
 - b) Focalizar la situación, explorar la problemática, dimensionar la situación, generar alternativas, asistir en la ejecución de la acción concreta, establecer compromisos y seguimiento.
 - c) Brindar apoyo, y vincular a la persona en crisis con los recursos de apoyo o fuentes de asistencia.
 - d) Resolución de la crisis, apoyar a la persona para que el evento concerniente se integre como parte de la vida, pretender que la persona surja mejor preparada para enfrentar el futuro.
4. Si te llama un usuario, en donde detectas riesgo de vida, ¿en función de cuál de las siguientes variables podrías contemplar la peligrosidad de la situación?
 - a) Ideación suicida, planeación y ejecución.
 - b) Un plan, la historia de tentativas previas, y la voluntad de hacer uso de recursos externos, con los que el suicidio o el homicidio debería parecer apremiante.
 - c) Historia de tentativas previas, ideación y planeación.
 - d) Ideación con los medios para llevarlo a cabo, planeación e historia de tentativas previas.
5. Si existe una situación de riesgo alto de mortalidad, tú actitud como orientador debe ser:
 - a) Directiva y facilitadora.
 - b) Más facilitadora que directiva.
 - c) Directiva manejada de forma gradual y alejar a la persona de medios mortales.
 - d) Facilitadora, reflexiva, comprometida y generadora de alternativas y acciones.
6. Si durante el apoyo psicológico que realizas utilizas preguntas directas y claras es una herramienta que dispones con el afán de:
 - a) Parafrasear el discurso del usuario.
 - b) Decodificar lo dicho por el usuario.

- c) Focalizar la solicitud del usuario.
 - d) Esclarecer la petición del usuario.
7. Durante la atención vía telefónica, utilizas la técnica de confrontación para:
- a) Hablar sobre las discrepancias en el discurso del usuario.
 - b) Trabajar sobre discrepancias, apoyando al consultante a examinar algún aspecto de su conducta que está evitando, generando que éste se entienda completamente.
 - c) Hablar sobre las distorsiones que no le permiten actuar en la solución o un cambio constructivo en la vida del usuario.
 - d) Detectar las incongruencias del discurso del usuario con la finalidad de validar la veracidad de su solicitud.
8. Cuando en una interacción telefónica, le mencionas al usuario: "Entiendo lo que usted me está diciendo, supongo que cualquier persona en su lugar sentiría lo mismo" ¿qué herramienta estas manejando?
- a) Validación.
 - b) Escucha activa.
 - c) Parafraseo.
 - d) Interjección.
9. Cuando haces uso de la metáfora que es un recurso utilizado en sentido figurado lo haces para:
- a) . Aclarar el propósito del orientador.
 - b) Aclarar el discurso del usuario.
 - c) Aclarar una condición difícil de entender.
 - d) Aclarar la solicitud del usuario.
10. Cuando en el apoyo psicológico por teléfono en una situación de crisis, adquieres una actitud comprometida, respetuosa, estas en todo momento con el usuario, sigues su discurso y lo tomas en cuenta en todo, estas llevando a cabo:
- a) Empatía.
 - b) Escucha activa.
 - c) Aceptación total.
 - d) Acompañamiento.
11. Un consultante de 40 años, llama y refiere que vivió la semana pasada un secuestro exprés, menciona se encontraba trabajando cuando fue abordado por dos sujetos, los que le pidieron su celular y las llaves de su camioneta, le quitaron el dinero y la mercancía que el llevaba, ya que se dedica al comercio y lo encerraron en la parte trasera de su camioneta, desde entonces tiene dificultad para conciliar el sueño, está enojado y manifiesta temor de salir a trabajar. La actitud que asumes en el proceso de la llamada es:
- a) Directiva, facilitadora y empática.
 - b) Más facilitadora que directiva.
 - c) Facilitadora, reflexiva, empática, comprometida y generadora de alternativas y estrategias de autocuidado.
 - d) Directiva manejada de forma gradual y generando estrategias de autocuidado.
12. Llama llorando una consultante de 38 años, comenta término hace 2 semanas una relación de pareja de 2 años, a partir de esto, se siente muy triste y tiene temor de deprimirse, ¿en qué momento del proceso realizas contención emocional?
- a) Al inicio de la llamada, sólo en una ocasión.
 - b) A media intervención, para que pueda expresar libremente lo que le pasa.
 - c) Al final de la llamada, reflejándole también sus recursos y fortalezas.
 - d) En el momento en que ella lo necesite y las veces que sea necesario.

13. Se comunica una mujer de 27 años, casada hace 1 año, comenta discutió con su esposo y la golpeo, cuando esto sucede él se sale por un tiempo, por eso ella aprovecho para llamar, refiere cuando él regrese la va a volver a agredir tanto verbal como físicamente, esto ha sucedido en otras ocasiones, ella quiere irse antes de que él llegue pero se encuentra ambivalente, tú intervención sería:

- a) Focalizar la demanda de la usuaria, brindarle contención emocional, tener una actitud facilitadora: explorar su alternativa de salirse con las ventajas y desventajas de esta.
- b) Buscar apoyo de una persona externa que impida la agresión, hablar con él para que cese la agresión y buscar apoyo psicológico para ambos.
- c) Focalizar la demanda, asumir una actitud directiva: pedirle que busque los documentos más importantes de ella (acta de nacimiento, de matrimonio, dinero, etc.) y que se salga antes de que él llegue.
- d) Focalizar la demanda, brindar contención emocional, priorizar en función del riesgo de una nueva agresión, buscar redes de apoyo personal o institucional para que se pueda salir si así ella lo decide y sugerir que cuando ella se encuentre segura busque nuevamente apoyo psicológico.

14. Se comunica una usuaria de 21 años, menciona tiene 8 meses de embarazo, refiere sentirse muy angustiada y con temor de que le hagan daño, dice escucha voces que le dicen que la van a lastimar a ella y a su bebé; se encuentra en esos momentos con su suegra que es quien la comunica, tú intervención sería la siguiente:

- a) Focalizas la demanda de la usuaria, trabajas sobre su angustia, detectas a raíz de su discurso una probable situación psiquiátrica, por lo que una vez que esta se sienta tranquila, le solicitas te comunique con su suegra con la que generas alternativas de enfrentamiento, esto es, el no dejarla sola, buscar redes de apoyo personales e institucionales para la atención de su nuera, generar un plan de acción, y estableces el compromiso para que se comunique posteriormente para dar seguimiento.
- b) Focalizas la demanda de la usuaria, trabajas sobre su angustia, detectas a raíz de su discurso una probable situación psiquiátrica, por lo que una vez concluida la interacción con ella, le solicitas te comunique con su suegra con la que exploras desde cuando sucede esto y alternativas generadas con anterioridad, así como también sugieres atención psiquiátrica.
- c) Focalizas la demanda, brindas contención emocional, haces uso de ejercicios de respiración y de forma directiva le solicitas se recueste y este cerca de su suegra.
- d) La escuchas por un momento, realizas contención emocional y le pides te comunique con su suegra, a esta le dices que no la deje sola, exploras lo que hacen para que ella se tranquilice y si está recibiendo atención psiquiátrica, si es así, sugieres buscar a su médico o institución para su atención, de no ser así se le refiere con una instancia que cuente con este servicio.

15. Llama un usuario de 14 años, refiere reprobó materias y no sabe qué hacer, se encuentra desesperado, enojado, refiere que se va a matar, casi al principio de la llamada te dice que no se siente escuchado y atendido por ti, te lo repite más de una vez y te empieza a generar enojo, qué haces en esta situación:

- a) Le validas su enojo, y le confrontas de que al parecer está depositando su enojo en ti. Y continúas la llamada aun cuando sabes que te está generando molestia.
- b) Haces caso a tú enojo, porque este ya no te permite atender al usuario por lo que le comentas que esta la posibilidad de transferirlo con otro compañero para que le apoye.
- c) Aun cuando te sientes enojado sabes que lo tienes que atender y que es tú responsabilidad hacerlo.
- d) Detectas tú enojo, el proceso de la llamada se da permeada de este, de hecho te percibes confrontando a cada momento, una vez que lo logras ver, lo trabajas posteriormente en supervisión.

Respuestas correctas

1	D	9	C
2	B	10	D
3	A	11	C
4	B	12	D
5	C	13	D
6	B	14	A
7	B	15	B
8	A		

Anexo 7

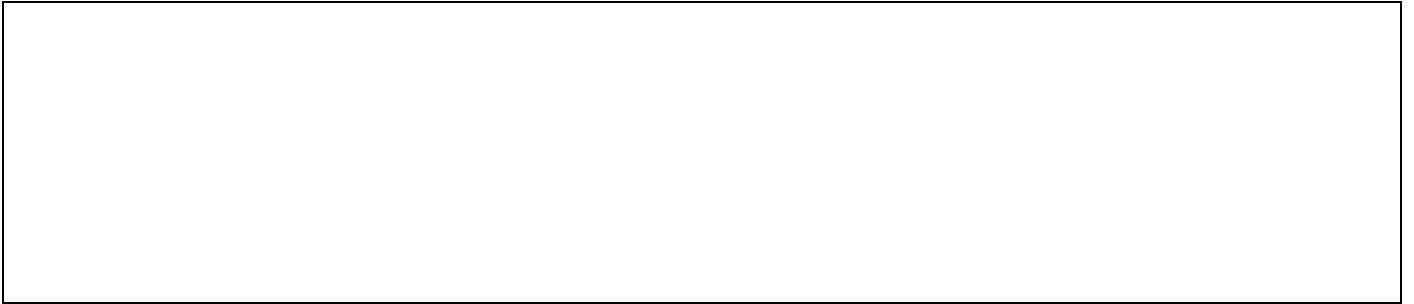
Evaluaciones de la sesiones del “Taller de capacitación para la intervención en crisis vía telefónica, dirigido a psicólogos”.

Fecha:	
No. de sesión:	
Nombre del instructor	
Nombre del participante.	

Anote una “X” en la columna correspondiente, dependiendo de su nivel de satisfacción. Considerando 4= muy satisfecho (MS); 3= en parte satisfecho (PS); 2= en parte insatisfecho (PI), 1= insatisfecho (I) y 0=Condición no realizada (CNR).

Situaciones a valorar	MS	PS	PI	I	CNR
1. Desarrollo de la sesión	4	3	2	1	0
Puntualidad para iniciar la sesión.					
Los objetivos de aprendizaje de la sesión, son claros.					
Existe precisión en los temas o situaciones que fueron abordados durante la sesión.					
La duración de las tareas fue de acuerdo al tiempo asignado.					
Existió puntualidad para el término de la sesión.					
2. Función del instructor					
Es claro al transmitir los conocimientos a los participantes.					
Manejo adecuado del tema, técnicas y ejemplos.					
Aclara las dudas e inquietudes de los participantes.					
Existe cordialidad en la interacción con los participantes.					
Motiva al grupo para mantener la participación.					
3. Cualidades de la sesión					
Es importante la información recibida.					
Existieron técnicas o procedimientos para la mejora de su desempeño.					
Existió un ambiente de aprendizaje adecuado para acrecentar su panorama sobre el tema.					
Hubo orden y secuencia en los temas.					
Existe utilidad en los temas explorados para cumplir con su desempeño en el apoyo telefónico.					
4. Logística					
El espacio aloja cómodamente a los participantes.					
El mobiliario es suficiente para realizar la sesión (sillas).					
Se contó con los recursos de equipo para facilitar la exposición (cañón y laptop).					
Se contó con el material de papelería para realizar las actividades planeadas.					
Se contó con el material necesario para llevar a cabo las diferentes dinámicas.					

Comentarios, agradecemos sus sugerencias para poder enriquecer posteriores sesiones, le solicitamos por favor sea lo más claro y preciso posible.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide comments or suggestions.