



**Universidad
Latina**

UNIVERSIDAD LATINA S.C.

INCORPORADA A LA UNAM

3344-85

**PROPUESTA TRANSDISCIPLINARIA DE
MODELO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
TELEFÓNICA EN EL CALL CENTER UNAM**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

ELEAZAR GUILLERMO ARELLANO TRUJILLO

ASESOR:

DR. ERICK DANIEL GRANADOS MONROY

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2017



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

Al universo creador de la existencia.

A mis maestros de vida, del plano terrenal y espiritual.

A mi asesor y amigo Dr. Erick Daniel Granados Monroy, quien ha confiado en mí, desde que nos conocimos.

Al Mtro. Alberto Arenas Mondragón y al Dr. Rene Estrada Cervantes revisores del presente trabajo, por su confianza y apoyo.

A la Dra. Eva González, por su apoyo para esta tesis, y su amistad que dio ánimos para no flaquear en este esfuerzo.

A la Dra. Ana Marina Reyes Sandoval, Vicerrectora Académica.

Al Maestro Edgar Eligio Avalos Soto, por su apoyo y ánimo.

A los miembros del Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM.

A los usuarios del Call Center y que fueron importantes para la realización de este trabajo.

A mis ahijados y padrinos del 4to y 5to paso de A.A. quienes me acercaron a la psicología transpersonal de forma práctica y empírica.

A mis pacientes, por su confianza, y que no saben cuánto he aprendido de ellos.

A la UNAM, que, sin ser su alumno de forma directa, siempre me ha cobijado y ofrecido lo necesario para mi desarrollo profesional.

Y a todos los que de una u otra forma han sido piezas importantes para mi desarrollo profesional.

Dedicatoria

A mi madre, por todo tu amor y cariño, por apoyarme siempre en todas las decisiones que he tomado sean acertadas o erróneas, y que siempre has estado ahí, este esfuerzo va dedicado para ti, este es el resultado de haberme forjado como un hombre de bien, gracias madre, por ser mi madre.

A mi tía, por ser mi segunda madre, por tu apoyo incondicional, por estar ahí cuando más lo he necesitado, una vida no me alcanza para agradecerte todo lo que has hecho por mí, sin ti no sería lo que soy.

A mi compañera, gracias por formar parte de este capítulo romántico en mi vida.

A Luis Eduardo, gracias por aceptarme como parte de tú familia.

A la Dra. Olga Araceli Rojas Ramos, gracias por inspirarme en la psicología.

Al Dr. Hugo Sánchez Castillo, ¡chavo! extraño esas platicas semanales, gracias por entusiasmarme en la psicología.

A la Micha, por hacerme recordar que todos somos uno, y que entre nosotros tenemos una conexión especial.

Índice

Índice	4
Resumen	8
Introducción.....	10
Planteamiento del problema	12
Justificación	13
Objetivos.....	14
Generales	14
Específicos.....	14
Capítulo 1. Antecedentes.....	15
Intervención en crisis.....	15
Definición	15
Tipos de crisis.....	17
Características.....	20
Primeros auxilios psicológicos	22
Call Center UNAM.....	24
Antecedentes.....	24
Modelo de intervención vía telefónica Call Center UNAM.....	28

Modelos tradicionales de intervención.....	83
Teoría Psicodinámica	83
Cognitivo conductual.....	87
Terapia racional emotiva	89
Terapia Sistémica	91
Terapia breve	93
Transdisciplina	96
Filosofía.....	96
Epistemología.....	98
Disciplina, Interdisciplina y Transdisciplina	99
Psicología Transpersonal.....	102
Antecedentes.....	102
4to y 5to paso A.A (Alcohólicos Anónimos).....	110
Capítulo 2. Propuesta de intervención en el Call Center UNAM: Modelo confrontativo-reflexivo-transpersonal	116
Metodología.....	116
Participantes	116
Instrumento.....	116
Tipo de estudio	117
Diseño de investigación.....	117

Capítulo 3. Procedimiento	118
Capítulo 4. Resultados	130
Discusión	167
Conclusiones.....	172
Referencias	174
Adenda.....	186
Adenda A.....	186
Adenda B	188
Vita	189

“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”.

— Carl Gustav Jung

Resumen

La atención de primeros auxilios psicológicos vía telefónica en el Call Center de la Facultad de psicología de la UNAM, tiene un modelo y protocolo que ha sido modificado según las necesidades de atención a los usuarios, desde la pandemia acaecida en el año 2009. Sin embargo, no cubre todos los aspectos de atención psicológica, como es la intervención posterior a los primeros auxilios, Este trabajo pretende ampliar los procesos de atención psicológica en dicho lugar a través de una propuesta transdisciplinaria; usando mayormente la intervención de la psicología transpersonal. Para dicha propuesta, se contestaron 172 llamadas de las cuales se escogieron las 10 más significativas por la complejidad de los casos, con conflictos variables que van desde el incesto hasta pensamientos suicidas. Se observó que el tratamiento y la adherencia tuvieron resultados significativos y positivos por parte de los usuarios atendidos. Esto sugiere que el modelo transdisciplinario propuesto, basado en la psicología transpersonal usando la técnica confrontativa dialogante puede dar mejores resultados a los ya obtenidos, reforzando los protocolos de atención del Call Center UNAM.

Abstract

The psychological first aid service by telephone in the Call Center of the Faculty of Psychology of the UNAM, has a model and protocol that has been modified according to the needs of attention to the users, since the pandemic happened in the year 2009. Nevertheless, Does not cover all aspects of psychological care, such as post-first aid intervention. This paper aims to expand the processes of psychological care in that place through a transdisciplinary proposal; Using mostly the intervention of transpersonal psychology. For this proposal, 172 calls were answered from which the 10 most significant were chosen because of the complexity of the cases, with varying conflicts ranging from incest to suicidal

thoughts. It was observed that the treatment and adherence had significant and positive results on the part of the users served. This suggests that the proposed transdisciplinary model, based on transpersonal psychology using the dialoguing confrontational technique can give better results to those already obtained, reinforcing the protocols of attention of the Call Center UNAM.

Introducción

La necesidad cada vez más apremiante por la población mexicana a los servicios de salud mental, en específico a la intervención psicológica, ha dado como resultado la creación de algunos espacios de atención telefónica para cubrir la atención de primeros auxilios psicológicos, la UNAM a través de la Facultad de Psicología tiene en marcha una línea de atención telefónica de emergencia que es el Call Center, el cual aborda los casos de primeros auxilios psicológicos y atención en crisis de emergencias psicológicas, sin embargo una vez que el paciente ha sido intervenido en este modelo, y la crisis ha cesado, o en los casos en que los pacientes por falta de recursos económicos, alguna discapacidad o por encontrarse en lugares lejanos no tiene acceso a los servicios psicológicos, los pacientes que hacen uso de este servicio y el cual refieren no tener una emergencia, pero si una necesidad de atención psicológica, los operadores del Call Center continuamente se encuentran en la problemática de cómo resolver este tipo de casos, ya que son estudiantes de los últimos semestres o de prácticas profesionales y no cuentan con la formación adecuada para la intervención en una técnica específica de abordaje, además de que el programa no cuenta con un protocolo de atención para estos casos, de ahí que nace esta propuesta transdisciplinaria de atención telefónica, el cual permitirá realizar una intervención psicológica de calidad, abordando todos los aspectos del paciente a través del uso de herramientas psicológicas para la solución, comprensión y entendimiento por parte del usuario de su situación, además de ofrecer la posibilidad de una descarga emocional catártica que permita per se, ser curativo y reducir el síntoma, esta propuesta, viene no solo a cubrir esa necesidad en el Call Center UNAM, sino además hacer una propuesta para la práctica privada diaria, desde un enfoque telefónico de atención psicológica, abre además la posibilidad de ser incluida en los sistemas de salud del gobierno federal y local, cubriendo la necesidad de los pobladores de lugares distantes donde

no se cuenta con asistencia psicológica presencial, una de las grandes ventajas para la implementación de este servicio es la nula tarifa de larga distancia, el cual con una sola llamada puede darse la atención de hasta por 45-50 minutos, reduciendo la brecha de intervención para aquellas personas que lo necesitan y mejorando su calidad de vida.

En el capítulo primero se aborda la definición antecedentes y características de la intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, Call Center UNAM. Los modelos tradicionales de intervención psicológica, la inter y transdisciplina y la psicología transpersonal, la propuesta de intervención para el servicio del Call Center UNAM en el segundo capítulo, en el tercero el procedimiento de la propuesta, los resultados en el capítulo cuarto, por último, los resultados acompañado de la discusión y conclusiones.

Planteamiento del problema

La falta de un modelo de abordaje psicológico posterior a los PAP dentro del Call Center imposibilita a los operadores para dar una intervención de calidad y funcional a los pacientes que llaman, si bien existe un modelo de terapia breve, en ocasiones no es posible su aplicación por la falta de adherencia terapéutica además de la falta de capacitación a los operadores telefónicos, en este sentido la propuesta de intervención aquí mencionada puede llegar a cubrir esa necesidad de tratamiento a los pacientes, además de poder llevar este modelo a otras áreas de atención psicológica, para cubrir las necesidades de las localidades alejadas, a través de la terapia transpersonal confrontativa catártica, el usuario que se ha adherido al compromiso terapéutico podrá tener mejor claridad, ya que podrá exponer y trabajar con diferentes herramientas los conflictos y problemáticas que le aquejaban, dando una lucidez para la toma de decisiones así como mejoramiento en su calidad de vida.

Justificación

La presente investigación busca proponer y adaptar el paradigma transdisciplinario enfocado en el área transpersonal como método de abordaje en el Call Center UNAM. Las características de este modelo, presentan opciones viables para ser aplicado en el tiempo y formato telefónico establecido en el Call Center, y atender en corto tiempo a los pacientes que requieran de una terapia formal, ya que se presentan continuamente situaciones que no se pueden catalogar como de emergencia psicológica o de PAP y que los modelos tradicionales tampoco pueden cubrir, por las características técnicas y de espacio que se requieren, además que en muchas ocasiones los pacientes no pueden cubrir el costo de una terapia convencional, es por eso que el modelo propuesto cubre la brecha entre PAP y terapia convencional, dando oportunidad de poder dar un servicio completo y de calidad a los usuarios del Call Center.

Objetivos

Por lo que se propone los siguientes puntos: 1.- Integrar la propuesta transdisciplinaria como un modelo de ayuda para los casos en que no se requiera en específico los PAP ni las emergencias psicológicas en el Call Center UNAM. 2.- Aplicación del modelo a un mínimo de 100 usuarios del Call Center UNAM. 3.- Mostrar que esta propuesta es útil en la solución de los casos que requieren de un modelo de atención telefónica el cual pueda ir más allá de unos PAP.

Generales

Proponer un modelo de intervención psicológica que sirva para los pacientes que llaman al Call Center UNAM y que ya han sido atendidos por PAP y/o aquellos que requieren de una asistencia psicológica y que esperan tener calidad y gratuidad en la atención, ya que difícilmente algunas personas pudieran pagar una consulta psicológica, con esta propuesta si se implementara cubriría esta necesidad.

Específicos

Lograr establecer una intervención transdisciplinaria-transpersonal dialógica-confrontativa de intervención, que permita el abordaje terapéutico en pacientes que no solo requieren de PAP, y que las técnicas de intervención actuales no pueden ser practicadas por las limitantes físicas de las mismas, y que pueden ser establecidas como una herramienta para los usuario del Call Center UNAM, además de aumentar el conocimiento teorico-practivo de los operarios, ya que son estudiantes de los últimos semestres de la carrera de psicología y que están realizando servicio social o prácticas profesionales.

Capítulo 1. Antecedentes

Intervención en crisis

Definición

Es muy común escuchar en las personas la expresión de tener una crisis, desde las que se refieren a la política y economía del país, hasta las individuales como por ejemplo “estoy en una crisis emocional”, pero ¿Qué es una crisis psicológica y cuáles son sus características?

De acuerdo con Benveniste “Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual” (Benveniste, 2000, p.1). Para Brito “La crisis se siente como un abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que todavía no está constituido”. (Brito, 2000, p.46). Jerry Long Jr. Expresa que “La persona está en crisis cuando sufre una pérdida severa que no está manejando exitosamente, y siente ira sublimada, está estancada en la etapa de depresión, y sufriendo un vacío existencial” (Long, 1999, p.15). Para Caplan “Es una perturbación de una situación estable que se caracteriza porque sobreviene de forma repentina o inesperada, provocada por un acontecimiento estresante o precipitante, afectando a una persona o grupo que hasta entonces tenía un adecuado nivel de funcionamiento, de manera que provoca un desequilibrio” (Caplan, 1996, p. 55).

El estrés es un factor importante dentro de la crisis, el estrés para Granados “Puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento” (Granados, 2012, p. 41).

Una situación de crisis, no solo constituye un aspecto adverso o de amenaza para las personas o comunidades, sino también son una oportunidad de cambio, crecimiento y desarrollo. Es así como el término crisis (Weiji) en chino, se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad concurrentes en un mismo tiempo (Slaikeu 1996).

Una crisis es un periodo transicional o un punto de cambio en la vida de las personas, se presenta en el individuo como una oportunidad para la adquisición de experiencia y crecimiento personal o como el riesgo para incrementar su vulnerabilidad y una disonancia cognitiva. La crisis por lo tanto nos confronta con obstáculos desconocidos en el curso de la vida que nos obliga a colocar a prueba los recursos conocidos y la experiencia pasada para lograr salir adelante y con provecho de la misma (Morrice, 1976).

Se puede entender que la crisis describe una respuesta a los eventos conflictivos, internos o externos, que se experimenta como un estado doloroso agudo, para protegerse, las personas utilizan mecanismos que les ayuden a aliviar su dolor y así volver a restablecer sus equilibrios previos (Martínez, 2004).

Se podrá también considerar la crisis como una situación límite en donde el individuo pierde por un momento la capacidad para el manejo de una situación determinada y que es en ese instante cuando ser más receptivo a la ayuda del exterior. Una crisis puede generar ansiedad, desorganización y desequilibrio emocional, provocando sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones y funcionamiento físico inadecuado, lo cual no necesariamente deberá ser negativo o destructivo, ya que las crisis pueden fomentar el crecimiento y el desarrollo de potencialidades en las personas, llevándolas a niveles del funcionamiento óptimo (Reyes, 2007).

Por lo tanto, con lo observado desde un ángulo constructivo, la crisis como tal, resulta un enfrentamiento a la problemática de una manera positiva y abierta en la búsqueda de soluciones realistas, o de manera menos nutritiva, permitiéndose la pérdida de control para abandonarse a los pensamientos catastróficos que alejan las opciones de solución disponibles, promoviendo el apego a esquemas repetitivos carentes de funcionalidad.

La definición más representativa de crisis, es la de Slaikeu:

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. 116).

Tipos de crisis

Se categoriza en cuatro tipos de crisis que, si bien no se hace referencia comúnmente, si es importante mencionarse en este contexto, y están basadas en la naturaleza de la tensión humana y se describen de la siguiente forma (Pittman, 1990).

Primera, crisis circunstanciales, estas son accidentales, inesperadas, ambientales, impredecibles, surgen de situaciones externas, ajenas a la persona y a sus familiares o conocidos, como podrían ser enfermedades físicas y lesiones (cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedad que amenaza la vida, incapacidad física); muerte inesperada (accidentes fatales, enfermedades mortales, homicidio, suicidio); crímenes (asalto, robo, violación, secuestro); violencia doméstica (hijos y/o cónyuge maltratado/abuso; encarcelamiento/libertad de delincuentes); desastres naturales o provocados por el hombre

(incendio, inundación, tornado, huracán, accidente nuclear, desastre aéreo); guerra y hechos relacionados (invasión u otra acción militar, toma de rehenes, prisioneros de guerra, terrorismo); contrariedades económicas (inflación, deudas, quiebra, desempleo); familiares (separación, divorcio, pérdida de algún ser querido); migración/reubicación (Slaikeu, 1996).

Segunda, las crisis de desarrollo, son aquellas que refieren a los pasos comunes del desarrollo humano desde la infancia hasta la senectud en cada uno de estos estadios van relacionados con cada una de las etapas del crecimiento, con la posibilidad de “disparar” una crisis, sin embargo, este tipo de crisis se podrá considerar como predecible, ya que con antelación se podrá hacer frente con los mecanismos de prevención.

El tercer tipo son las crisis estructurales, son aquellas crisis concurrentes en las que se producen incomodidades de manera regular dentro de la familia, aunque estas sean tensiones extrínsecas, la crisis es en esencia una exacerbación de una pauta intrínseca. Puede no haber tensión externa perceptible, la crisis sería entonces como un terremoto, que surge periódicamente, producto de interacciones y fuerzas internas profundas. En ocasiones puede ser recurrente, si es que en la primera crisis expuesta se haya manejado lo bastante bien como para resolver el problema interno. La tensión puede ser manifiesta, pero es mucho más probable que la crisis surja a causa de tensiones ocultas que no han sido resueltas este tipo de crisis que se da por lo regular en las familias funcionan como respuesta a la propia interacción lo cual puede dar, y con justa razón cierta confusión, ya que son situaciones disfuncionales.

Por último, la crisis de desvalimiento. Estas crisis aparecen cuando hay miembros disfuncionales y dependientes, y la ayuda que se necesita es muy especializada o difícil de reemplazar, por lo tanto, la familia pierde el control de aquellos de los que depende. Los niños, los ancianos, los enfermos crónicos y los inválidos son miembros funcionalmente

dependientes, y mantienen la familia atada con sus exigencias de cuidado y atención. La crisis de desvalimiento más típica se origina en el trato con personas cuya incapacidad física o mental es reciente y aún no ha sido del todo aceptada. Tratar con miembros seniles de la familia puede resultar particularmente traumático. Esta crisis es una ruptura que obliga al sistema familiar a reorganizarse (Pittman, 1990).

En términos generales, el evento considerado crisis se puede entender como un estado delicado y conflictivo que por circunstancias de origen endógeno o exógeno se rompe el equilibrio alterando la normalidad de la vida de las personas, sobre pasando entonces la capacidad habitual de respuesta.

En el surgimiento y evolución de la crisis, se ve influenciado por muchos factores, algunos propios del individuo en el sentido de su dependencia a sus habilidades innatas, sus experiencias pasadas y sus características de personalidad. Otras se ven favorecidas por la influencia de aspectos socioculturales del ambiente en que habita. Por lo anterior la percepción de la persona en crisis se visualiza como la de alguien expuesto a una serie de complejas fuerzas tanto al interior como al exterior de éste que le resultan complejas al generarle demasiado movimiento en diversas direcciones de manera simultánea haciéndole experimentar un estado de indefensión (Morrice, 1976).

Características

Las crisis pueden ser clasificadas como aquellas normales del desarrollo y aquellas circunstanciales del proceso de vida.

Las crisis normales del desarrollo o esperadas, se asocian a lo que se llama ciclo vital de la persona o familia y están conformadas por varias etapas que invariablemente se deben atravesar. En una persona nos referimos a la crisis que puede surgir en cada etapa de su desarrollo como lo son el nacimiento, la infancia a la adolescencia, la adultez, entre otras.

En cada una de ellas, la crisis surge por las dificultades que las personas tienen al momento de acomodarse o ajustarse a los cambios. Todas las personas pasan por las distintas etapas del ciclo vital y nadie está ajeno a la atención de vivirlas, sin embargo, algunos factores inciden para que una etapa del ciclo vital se convierta en una crisis, como lo son:

1.- Cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa del desarrollo se dificulta o se perturba. 2.- Sobrecarga de exigencias. 3.- Cuando un individuo no acepta o no se encuentra preparado para vivir sucesos determinantes de la vida. 4.- La percepción de encontrarse fuera de fase de acuerdo con las expectativas de los demás o de la sociedad según la edad.

Desde el punto de vista familiar, este ciclo vital se compone de los diferentes momentos que atraviesan sus integrantes, quienes van a ir compartiendo una historia común. El desarrollo y la evolución de la unidad familiar a lo largo de este ciclo están íntimamente ligados a las fases de evolución y desarrollo de sus miembros. A medida que crecen los miembros de la familia, crece también esta en su conjunto. Existen familias que no se acomodan a las diferentes exigencias del desarrollo de sus miembros y puede causar dificultades, aspecto que

parte se encuentran relacionado con los estilos de crianza y enfrentamiento vigentes en el sistema cultural o de creencias, los cuales forman parte del continuo educativo heredado por la familia extensa (Feldman, 2007).

Las crisis circunstanciales o no esperadas, se caracterizan por la aparición súbita de un factor estresante que modifica en forma drástica la organización y funcionamiento de una persona o comunidad.

Muchas de las emergencias, desastres o catástrofes corresponden a este tipo de crisis.

Estas situaciones son vividas por las personas, familias o comunidades como situaciones de crisis, de quiebre en sus vidas y cuya experiencia se inscribe en la vida de las personas como un antes-después de su ocurrencia.

Las emergencias, los desastres y las catástrofes constituyen otro tipo de hechos sociales y colectivos, puesto que sus implicaciones o grado de afectación son individuales, sino que compromete un grupo de personas.

Estas crisis pueden generar una variable de alteración en la vida de las personas, mismo que oscila desde una fe racional y hasta la muerte, puesto que son situaciones que sobrepasen la capacidad habitual de respuesta de los individuos, dado el impacto que las mismas generan en las personas.

Ante este tipo de situaciones se hace necesario identificar y movilizar mayores y mejores recursos por parte de las personas y comunidades. La resolución de una crisis depende de varios factores, que van desde las características del evento, los recursos personales o de la comunidad, las experiencias previas, los recursos actuales de las personas o redes de apoyo, entre otros (Mascaró, 2007).

Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) como refiere Álvarez (2012) son “La intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.” (p.10).

Es la primera intervención, en momentos de crisis, la cual puede durar minutos u horas y consta generalmente de una sola sesión o algunas sesiones que no superen de cinco (Hernández, 2014).

Los PAP, pueden ser brindados por cualquier persona, aun sin preparación psicológica profesional, como puede ser médicos, enfermeras, trabajadores sociales, abogados, sacerdotes, etcétera y pueden ser abordados en ambientes informales fuera de un consultorio psicológico, como son las escuelas, las iglesias, hogares, oficinas (Guerrero, 2013).

De acuerdo con Álvarez (2012) los componentes que se requieren para brindar los PAP en cualquier tipo de situación son:

Realizar contacto psicológico, es decir, acercarse a la persona que solicita o requiere de dicha intervención, lo cual requiere de empatía con el individuo, entender sus sentimientos y las necesidades que tiene la persona, se debe realizar una escucha activa, atender cómo la persona expresa sus emociones y verbaliza su discurso, indagando qué es lo que sucedió (hechos) y de qué forma está reaccionando (emociones). La meta es, que la persona se pueda sentir escuchada, aceptada, apoyada, y entendida, y por ende estas acciones llevarán a disminuir la intensidad de su angustia y su ansiedad.

Dimensionar el problema: aborda tres áreas sustanciales: 1.- Presente (qué es lo que sucedió, los hechos relevantes o que llevaron a la crisis); 2.- El pasado inmediato (aquellos acontecimientos que llevaron a la crisis), y; 3.- El futuro inmediato (que es lo que se puede hacer y cuáles serían las consecuencias).

Es de suma importancia indagar estas tres áreas ya que de aquí se desprenderá la forma de cómo se aplicarán los PAP.

Diseño de posibles soluciones: se realiza una búsqueda de probables soluciones con las opciones que el afectado pueda proporcionar y en su caso puedan integrarse de forma viable, para paliar lo más pronto posible la situación de crisis y reducir el síntoma, tomando en cuenta que puedan ser aplicadas tanto a corto, como a largo plazo.

Concretizar las acciones: se refiere a la forma en que pueden darse las soluciones a la problemática, cuáles serían los primeros pasos a realizar y los recursos de forma general que se estarán empleando para salir de la situación.

Dar seguimiento: la persona que está a cargo de los PAP, tratará por los medios que estén a su alcance, dar seguimiento de las acciones que se emplearon como soluciones a la problemática, con el fin de seguir en un acompañamiento con la persona que ha requerido de este tipo de intervención. (Álvarez, 2012).

Call Center UNAM

Antecedentes

A partir de la emergencia sanitaria creada por la influenza A-H1N1 en México en el año 2009, se abre a la población en general un Call Center dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Como un medio para informar respecto a las medidas sanitarias que se realizaban en aquel tiempo, así como ofrecer los PAP ante posibles padecimientos como estrés postraumático, ansiedad, o depresión. Sin interferir con las medidas sanitarias establecidas por las autoridades de salud, a través de un número telefónico 01 800 donde psicólogos voluntarios y prestadores de servicio social del “Programa de intervención en crisis a víctimas de desastres naturales y socioorganizativos” de la Facultad de Psicología de la UNAM, proporcionaron los PAP y la intervención en crisis a través de la línea telefónica (Martínez, 2009).

Ante el éxito de este primer programa se abre la posibilidad de ofrecer un servicio de PAP y de terapia breve vía telefónica, para atender a la población ante situaciones que llegaran a requerir y/o realizar canalizaciones a otras instituciones que pudieran apoyar al usuario.

Se crea un modelo sistémico de intervención, fortaleciendo y formando las competencias requeridas de los operarios telefónicos, capacitando continuamente a través de cursos y talleres en las áreas de intervención en crisis, que son dirigidos por diferentes profesores de la facultad de psicología, con el fin de formar personal que pueda hacer frente antes las diversas situaciones de emergencia psicológicas que se pudieran presentar (Alvarado & Carrizosa, 2014).

El Call Center UNAM está adscrito actualmente a la Coordinación de los Centros de Servicios de la Comunidad Universitaria y al sector social, sus operaciones surgen en el mes

de abril del 2012, apoyado por la Dirección general de orientación y servicios educativos de la UNAM y asesorado y financiado por una beca única, con lo cual se logra la compra de los equipos, un conmutador, seis teléfonos y seis gabinetes, por el programa “Joven-es servicio” del Instituto Mexicano de la juventud (IMJUVE), basado en una convocatoria a las instituciones de Educación Superior de toda la República Mexicana, tanto a instituciones públicas como privadas, con el propósito de promover la construcción del tejido social para la reducción de los problemas sociales en las comunidades (Imjuve, 2013).

Por lo tanto a través de la beca recibida del IMJUVE, se pone en funcionamiento el Programa de atención a primeros auxilios psicológicos coordinado por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez, comenzando primeramente con la atención a la comunidad universitaria de la UNAM, sin embargo debido al alto número de llamadas recibidas abren el servicio a la población en general mediante el número telefónico gratuito 56-22-22-88 el cual opera con seis líneas de lunes a viernes con un horario de 8:00 a 18:00 ajustándose al calendario oficial de actividades de la Dirección General de Administración Escolar UNAM.

Como parte de del programa en crisis a víctimas de desastres naturales y socioorganizativos. Su objetivo es proporcionar PAP y terapia breve vía telefónica, ofreciendo contención emocional en llamadas ante situaciones de problemas de pareja, familiares, ansiedad, depresión entre otros, aplicando y generando modelos de intervención, además de canalizar en su caso al usuario con instituciones del sector salud o afines como una forma de tejer las redes de apoyo necesario.

De esta forma el Call Center UNAM cuida la estabilidad emocional de los usuarios que hacen uso de este servicio ya sea de forma preventiva al orientar, e informar a través de la psicoeducación referente a los diversos trastornos y formas de abordaje terapéutico, además de intervenir si es necesario ante las situaciones de crisis psicológicas, con los modelos y protocolos establecidos (Álvarado & Carrizosa, 2014).

Modelo de intervención vía telefónica Call Center UNAM

El Call Center UNAM de apoyo psicológico de emergencia se encuentra en la Ciudad de México, en el edificio “B” cubículo 209, de la Facultad de Psicología de la UNAM, en Ciudad Universitaria, tiene un conmutador con 6 extensiones que reciben las llamadas distribuyéndose con los operarios disponibles.

Cada operador que es un psicólogo en formación del área clínica que presta servicio social, prácticas profesionales o psicólogo voluntariado, responde la llamada del usuario ofreciendo ya sea información, orientación, contención emocional o PAP, y en algunos casos terapia breve, esta última pudiendo ser de hasta ocho sesiones, que se agendan cada semana en el mismo horario y con el mismo operador, con una duración de aproximadamente 40-50 minutos para cada llamada.

La capacitación es realizada a través del jefe de la coordinación del Call Center UNAM, en conjunto con los demás equipos que conforman el organigrama del Call Center UNAM.

Los objetivos generales del programa son: Apoyar a la población en general a través de una línea telefónica brindando contención emocional, a partir de los preceptos planteados como factores de riesgo, aplicar métodos y técnicas para la prevención en intervención en caso de que se requiera.

Objetivos específicos del programa: Ofrecer un medio a la población, la cual es especialmente jóvenes (sic) que se encuentran expuestos a diferentes cambios sociales cuyo impacto psicológico pueda generarles un desajuste emocional y en donde puedan externar sus dudas, inquietudes y miedos, así como los problemas que en su

contexto actual les afecten, siendo estos de carácter académico, social, físico o psicológico. (Álvarez, J., desde Suárez 2012, pp. 14-15).

A estos se suman: Reducir el índice de violencia en la población ocasionado por el consumo de sustancias, así como brindar apoyo para el control de sus emociones.

Detectar tempranamente es el estrés negativo para evitar las consecuencias que este pueda ocasionar.

Formar profesionistas aptos para brindar apoyo a la población en casos de crisis.

Brindar mediante el Call Center apoyo a los usuarios, con un trato cordial y confidencial siguiendo los lineamientos descritos para dicho procedimiento.

Difusión a través de medios de comunicación y redes sociales el servicio de atención psicológica además de apoyar a la población en general (Álvarez, 2011).

El modelo de atención psicológica del Call Center UNAM se basa en un manual que para ello fue creado y diseñado por los miembros del equipo del Call Center, que se distribuyen en varias áreas y que juntos crean, aplican y actualizan continuamente dicho manual.

Para las llamadas que se reciben se sigue el siguiente protocolo:

Encuadre

Al timbrar cualquiera de los seis teléfonos que se tienen, se contesta la llamada con la salutación y el encuadre de esta forma:

“Call Center UNAM buenos Días / tardes le atiende: (se menciona el nombre del operador)

¿Con quién tengo el gusto? (Se anotan los datos generales del usuario).

Se le pregunta si su llamada es de primera ocasión o tiene cita con algún operador, si es de primera ocasión se le menciona el siguiente encuadre:

“Este es un servicio gratuito de atención psicológica con un horario de lunes a viernes de 8:00 a 18:00, vía telefónica enfocado a terapia breve y de emergencia con una duración de 40-50 min. Con una sesión a la semana y como máximo de 6 a 8 sesiones, no atendemos casos legales, psiquiátricos, ni a menores de 16 años, es totalmente confidencial, la atención la recibirá con el mismo terapeuta, y tendrá una tolerancia de 15 min. Para el seguimiento sus datos son confidenciales.” (Call Center UNAM 2015).

¿En qué puedo ayudarle? (se define el motivo de llamada).

Dependiendo del caso en la llamada es como se abordará, ya que hay situaciones donde solo se requiere de algún tipo de información específica como centros de atención psicológica presenciales, teléfonos de otras dependencias, o solicitan algún tipo de asistencia psiquiátrica los cuales son canalizados a los centros de servicio que puedan ofrecerles la atención según los directorios de los estados de la República Mexicana.

En la situación de que la llamada sea un caso de atención para primeros auxilios psicológicos se procede a reducir el estado crítico haciendo uso de las técnicas de desactivación básicas como la contención emocional, la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson (Arcos, I. Castro, A. Matarán, G. Gutiérrez, A. Ramos, E. & Moreno, C.,2013).

En este procedimiento se valora el estado emocional en el que se encuentra el usuario, así como la capacidad del individuo para la comunicación.

Se pregunta y se anota en el cuaderno del operador acerca de los antecedentes, aspectos principales que conforman la situación problemática anticipar las posibles consecuencias a las que dará lugar el conflicto.

Anticipar a las consecuencias que pueden aparecer tras el problema.

Se potencializan los recursos que el usuario tiene para afrontar la situación y se consideran formas de amortiguar los elementos de riesgo que pudieran complicar su caso.

Detectar los estilos de afrontamiento del usuario.

Durante esta fase el operario deberá de contar con asertividad dentro de la comunicación para expresar las preguntas de cómo podría solucionarse tal situación, las preguntas sugerentes son, por ejemplo:

¿Dónde estaba cuando ocurrió...?

¿Qué fue lo primero que hizo... y después?

¿Qué es lo que escuchaba, oía y veía?

¿Recuerda algo significativo?

¿Quién estaba presente, de qué forma le ayudó?

¿De qué forma le afecta en su vida?

¿O cree que esta situación le pueda afectar en su vida?

De igual forma se profundiza en los pensamientos con preguntas de este tipo:

¿Qué fue lo que pensó durante la crisis?

¿Cuándo terminó la situación qué fue lo que pensó en hacer?

¿Qué es lo que más le preocupa ahora?

¿Existe algún pensamiento recurrente?

Basado en esto, se dirige la conversación haciendo énfasis al momento presente y ayudar a resolver el problema, sin olvidar los detalles de pasado y futuro cercano como contexto para atender la emergencia.

Se profundiza en los sentimientos.

¿Qué ha sido lo más difícil para afrontar esta situación?

¿Cómo se ha sentido desde que ocurrió todo esto?

¿Cómo se siente ahora?

Se podrá referir a eventos pasados para conocer la forma en que se ha abordado anteriormente en momentos de crisis.

¿De qué forma ha resuelto anteriormente sucesos similares?

¿Qué elementos le han ayudado en el pasado para afrontar problemas?

¿Qué cosas le han ayudado específicamente ante estas situaciones?

¿Cuenta con alguien de confianza?

Elección de la técnica de afrontamiento.

Para la elección de la técnica para el restablecimiento emocional del usuario, se realiza un análisis de los datos proporcionados en la entrevista y evaluación previa, de primera instancia se hace uso de la técnica de la respiración diafragmática, relajación progresiva y de algunas tareas cognitivo conductuales que se sugerirán dependiendo de la situación (Bellak, 1980).

Fase de estimulación del funcionamiento del usuario.

En esta fase se apoya al usuario para que pueda tomar decisiones que le permitan el control sobre la situación, promueve el cambio para que las actividades propuestas sean realizadas a partir de las capacidades y habilidades que conserva el usuario a pesar de la crisis, para el operador telefónico detectara en qué grado de emergencia se encuentra el usuario para que en un momento dado pueda proporcionarle los horarios en que pueda localizarlo si la situación pudiera agravarse.

El cambio en el usuario se basa en la justa dimensión de su situación y ante todo en las actividades que se le sugieren, y no exclusivamente en la problemática, el operador sigue el plan de acción orientado en recuperar lo más pronto posible el nivel de funcionamiento previo a antes de ocurrir la crisis (Call Center UNAM, 2015).

Este plan de acción se lleva a cabo con la solución de problemas y toma de decisiones, orientando al usuario a resolver siguiendo los siguientes puntos: a) Estableciendo una red de apoyo con las posibles soluciones que son proporcionadas por el mismo usuario; b) Realizando un balance decisional en el sentido de ver las ventajas y desventajas de cada alternativa.

La alternativa surgida del balance decisional realizado por el usuario, se llevará a cabo asumiendo las consecuencias tanto positivas como negativas, tratando de que estas últimas sean las de menor afectación (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2015).

Cierre

En esta fase de la intervención se establecen las acciones que se realizarán tanto de forma personal con el usuario como la planificación para una siguiente sesión, o en su caso la canalización, en el caso del seguimiento se realizará dentro de la siguiente semana preferentemente a la misma hora y día, tiempo en el cual se considera suficiente para que el usuario pueda procesar la información recibida así mismo para la puesta en marcha de las tareas que se hayan sugerido realizar (Foladori, 2009).

Se realiza una evaluación para determinar si se cumplen las expectativas del usuario, se responden a las dudas que pudiera tener respecto al plan de acción, y se trata de hacer una comparación de cómo se siente en este momento de cierre a como se sentía cuando comenzó la llamada.

Por último, se da una evaluación de calidad en el servicio, es una breve encuesta que realiza algún otro operador disponible en ese momento, terminada la llamada se llenan los formatos para cada caso ya sea de usuarios de primera vez o de seguimiento (ver adenda).

Intervención de terapia breve

Cuando el usuario fue atendido por primera vez y requiere de seguimiento se le brinda la atención en terapia breve con el mismo operador preferentemente a la misma hora y día en que se le había atendido previamente, esta terapia breve consta de los siguientes elementos:

Encuadre

Al timbrar cualquiera de los teléfonos convencionales que se tienen en el Call Center, se contesta la llamada con la salutación y se menciona el encuadre de la siguiente forma:

“Call Center UNAM buenos Días / tardes le atiende: (se menciona el nombre del operador) ¿con quién tengo el gusto?” (Se anotan los datos generales del usuario).

Se le pregunta si su llamada es de primera ocasión o tiene cita con algún operador, (en este caso es llamada de seguimiento) y se le llama al operador que tenga agendado al usuario, este estará disponible ya que está esperando la llamada, una vez que contesta, realiza la salutación y se le menciona el siguiente encuadre:

“Este es un servicio gratuito de atención psicológica con un horario de lunes a viernes de 8:00 a 18:00, vía telefónica enfocado a terapia breve y de emergencia con una duración de 40-50 minutos, con una sesión a la semana y como máximo de 6 a 8 sesiones, no atendemos casos legales, psiquiátricos, ni a menores de 16 años, es totalmente confidencial, la atención la recibirá con el mismo terapeuta, y tendrá una tolerancia de 15 minutos. Para el seguimiento, sus datos son confidenciales” (Call Center UNAM 2015).

El operador realiza una evaluación del usuario, pregunta si realizó las tareas encomendadas como sugerencia, es necesario que el operador muestre empatía y confianza ya que en esta ocasión el tratamiento será un poco más profundo, tratará que el usuario pueda abrirse en sus emociones con el fin de superarlo lo más pronto posible, el operador tendrá la habilidad para saber responder a situaciones que son un poco difíciles dentro del transcurso de la llamada, situaciones que puede llegar ocultar información específica y relevante por parte del usuario, o que en un momento dado se niegue a responder por vergüenza o miedo, deberá también tener la habilidad para realizar las preguntas precisas sin que el usuario cambie de tema o hable exclusivamente de alguno, es por esto que es muy importante que se pueda obtener toda la información necesaria para poder seguir con el tratamiento, dentro la evaluación se abordarán los siguientes puntos:

Gravedad del problema, consiste en evaluar si la situación a resolver puede ser dentro de la terapia breve o por las características requiere de una terapia presencial.

Descripción del problema, en este ámbito se requiere toda la información clara y precisa que sea posible expresar por parte del usuario para determinar la problemática a tratar durante la terapia, de tal modo que otros asuntos que no están resueltos y que pueden ser consecuencia del problema mayor, puedan ser resueltos como consecuencia de la solución del problema principal.

Expectativas del usuario, es importante que el operador pueda conocer qué es lo que espera el usuario del servicio y de la misma terapia, con el fin de llegar a un acuerdo de cómo se podrá lograr la solución al problema del usuario para que éste pueda sentirse en un momento dado satisfecho con el servicio.

Intento de solución, se le preguntará al usuario de qué forma ha intentado, no importando de qué forma a tratado de solucionar su problema previamente, esto con el fin de conocer hasta qué grado puede estar sus intenciones para salir de su problemática.

Se realizará un análisis de la problemática en las diferentes modalidades por ejemplo en lo afectivo, conductual, somática, interpersonal y cognitiva del individuo.

Posteriormente el operario tendrá que hacer una hipótesis basado en los datos que ha obtenido durante la entrevista y elegirá un tratamiento para el usuario justificando desde el enfoque psicológico en el cual esté preparado y delimitando los objetivos del mismo.

El usuario recibirá la información clara y precisa utilizando un lenguaje sencillo, y en un momento dado que se requiera usar de algún tecnicismo, se le dará la debida interpretación para que pueda entenderlo, se le pedirá al usuario que haga un resumen de lo recomendado

para que el operario pueda asegurarse de que ha entendido con claridad y precisión lo que se realizado durante la sesión (Call Center UNAM, 2015).

Se le explicará en qué consiste el problema o trastorno que presenta, y aclarar los conceptos. La justificación del tratamiento y en el que ver con la explicación que el operario hace al usuario de que se va hacer, es decir en qué consiste el tratamiento, sobre qué se va a centrar, como se va aplicar y por qué (Gantiva & Hewitt 2009).

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

El objetivo de estas sesiones es registrar las acciones tomadas para evaluar el progreso del usuario, haciendo una revisión de los logros obtenidos durante las últimas sesiones, permitiendo al usuario involucrarse y afianzar los progresos logrados durante las mismas. Permitirá saber usuario si los resultados son los que había esperado o si la situación toma un curso no esperado con mayores implicaciones de riesgo, vigilando el curso de los acontecimientos después de la crisis y de la intervención (Gantiva & Hewitt 2009).

Así que cuando el operario da un seguimiento realizará un resumen mencionando el objetivo de la llamada, se recapitula las alternativas de solución que se originaron, así como la decisión tomada y cómo se llevará a cabo el plan de acción con la finalidad de resolver dudas y hacer saber al usuario que ha sido escuchado con atención.

Esta tarea del operario ofrece apoyo al usuario para hacer frente a su problemática, estimulando su autonomía y ayudarle a solidificar las habilidades de afrontamiento que pueden resultarle útiles una vez finalizada este proceso terapéutico. Durante estas sesiones

es importante que se aclaren las dudas y se registren las llamadas en el formulario que se tiene para tal fin (ver adenda) ya que lo que se pretende es dar continuidad con atención a través del Call Center UNAM.

Cierre:

El cierre tiene como objetivo la recapitulación y explicación del proceso terapéutico desarrollado y dando a conocer al usuario los objetivos alcanzados a lo largo de las sesiones esto ayudará a determinar si el usuario es candidato a otro tipo de terapia presencial o si se puede dar seguimiento como límite de ocho sesiones de las cuales se habían mencionado anteriormente. Es importante conocer si el usuario ha aprendido a desarrollar sus habilidades de afrontamiento. Cerrar una llamada es muy importante ya que quedará muy claro todos los aspectos que se han abordado, las tareas que se han dejado y las situaciones que en algún momento no se pudieron resolver, al finalizar la llamada se dará nuevamente una evaluación en la calidad del servicio solicitando algún operador que esté disponible para que pueda realizar dicha encuesta.

La canalización del último recurso que se ofrecerá al usuario, ya que el propósito del servicio del Call Center UNAM es atender a los usuarios mediante terapia breve o primeros auxilios psicológicos. Sin embargo, si el usuario solicita la canalización, esta se le proporcionará ofreciéndole alternativas que permitan encontrar solución a su problemática, se proporciona orientación o sugerencia de los lugares adecuados para recibir atención de forma presencial, para esto se utilizan los directorios que están disponible en cada uno de los cubículos donde se encuentran los operadores.

Algunas de las técnicas que se utilizan dentro de la terapia breve y que son sugeridas a los usuarios para que lo realicen de forma individual son las siguientes:

Los casos de ansiedad.

Programación de quejas (tiempo basura): el objetivo de esta técnica es ayudar al usuario a poner en marcha mecanismos de autocontrol y, en cualquier caso, es una oportunidad para discutir los obstáculos en que se encuentre.

Se le menciona al usuario: *“Aunque le parezca raro, un modo que tiene mucha gente de dejar de lado las preocupaciones que le impiden trabajar o hacer las cosas normales de la vida diaria es dejar un tiempo específico para preocuparse”, “no tiene mucho misterio se trata de que en vez de estar solo el día dando vueltas a la idea que le preocupa, intenté reservar unos momentos cada día para pensar en esas cosas, eso le puede limpiar el resto del tiempo”, “¿le parece que lo intentemos y si no funciona lo hacemos de otro modo?”, “Esto funciona como lo que mucha gente hace cuando intenta dormir y no puede, porque no tiene ideas que le rondan en la cabeza para el día siguiente (por ejemplo: intentando hacer una lista mental de los compromisos, citas, obligaciones que tiene) lo mejor es encender la luz, ponerlas en un papel para no dejar que le revolotean a uno por la cabeza y volver a acostarse”, “lo que vamos hacer se llama “tiempo basura” vamos a tomar de tres a cuatro momentos del día para que piense profundamente y escriba durante unos 10 o 15 minutos todo lo que le preocupa ¿está bien?”.*

Se deberá negociar con el usuario para que pueda dedicar varios momentos del día, que sean de su conveniencia, al centrar su foco de atención en los pensamientos negativos. Si se observa que los pensamientos inesperados siguen apareciendo con mucha frecuencia, se

puede incrementar la frecuencia de los “tiempos basura”. Se le indica al usuario que es deseable que dedique momentos para centrarse en los aspectos negativos de los “tiempos basura”, y se efectúen cuando no interfieran con otras actividades, como por ejemplo el momento antes de irse a dormir.

Relajación progresiva: el objetivo de esta técnica es ayudar al usuario a discriminar la experiencia de tensión y ampliar respuestas de relajación frente a ella. Aplicando la relajación a situaciones de la vida diaria asociadas a la ansiedad. Esta técnica consiste en el aprendizaje de ejercicios de tensión y distensión de distintos grupos musculares. De manera característica, el número de grupos musculares sobre los que se practican los ejercicios se van disminuyendo en las sesiones sucesivas, hasta prescindir de los ejercicios de tensión muscular e inducir la relajación mediante evocación.

Se emplean los ejercicios de tensión y relajación de una serie de músculos para conseguir la relajación completa del usuario, se le menciona que deberá seguir las siguientes instrucciones:

- 1.- Ponga por favor en alta voz su teléfono (speakerphone) o la función de manos libres para poder realizar este ejercicio, siéntese en posición recta, los pies descansados sobre el piso y los brazos descansados sobre las piernas
- 2.- Manos: apretamos los puños.
- 3.- Antebrazo: doblamos los brazos por el codo y se aprieta el antebrazo contra el brazo.
- 4.- Brazo: ponemos los brazos rectos, con las manos sueltas, estirándoles hacia delante.
- 5.- Hombros: alzamos los hombros hacia arriba.
- 6.- Parte posterior del cuello: apretamos la barbilla contra el cuello.
- 7.- Nuca: apretamos la nuca contra el sillón donde tenemos apoyada la cabeza.
- 8.- Cejas: alzamos las cejas hacia arriba, arrugando la frente.
- 9.- Ojos: apretamos los párpados.
- 10.- Boca: abrimos la boca tanto como se pueda, luego apretamos los labios.
- 11.- Mandíbulas:

apretamos las mandíbulas. 12.- Lengua: apretamos la punta de la lengua sobre la parte superior del paladar, donde se sujeta con los dientes superiores.

13.- Pecho: tomamos aire por la nariz, se mantienen el pecho y se echa lentamente por la boca. 14.- Abdomen: empujamos hacia delante los músculos abdominales. 15.- Nalgas: empujamos hacia delante las nalgas junto con las caderas. 16.- Piernas: extendemos las piernas, se levantan y se estiran hacia fuera. 17.- Pantorrillas: extendemos las piernas hacia fuera, con los dedos de los pies apuntando recto. 18.- Pies: colgamos los dedos de los pies hacia abajo y luego estiramos hacia arriba.

Cada grupo muscular se tensa durante unos 10 segundos y luego se relaja. Se vuelva tensar otra vez y vuelve a relajarse, induciendo a partir de ese momento sensaciones de relajación cada vez más intensas (García, Cruz, & Rodríguez 2005).

Técnica de imágenes profundizadoras del estado de relajación: en esta técnica puede ser útil que le usuario imagine que se encuentra en una situación relajante. La descripción de esas imágenes es algo que el operario tiene que dominar para inducir al usuario, a estados de relajación más profundos sin necesidad de llegar al estado hipnótico.

Se le menciona al usuario lo siguiente *“imagine un día soleado, va paseando por un bosque donde ya ha estado anteriormente, el cielo esta azul, ahí unas pequeñas nubes blancas flotando por encima de las copas de los árboles, encuentra un pequeño camino”, “se siente alegre y relajado, note como rugen las pequeñas ramas caídas conforme anda por el camino, oye el correr del agua, es un pequeño riachuelo que está frente a usted”, “el agua está limpia y cristalina, al otro lado del río ve un prado muy verde, con unos pocos árboles”, “se descalza y va a cruzar el río, siente el agua tibia que moja sus pies, vigorizándolos”, “oye*

el dulce trinar de los pájaros y la brisa que roza su cara, un suave olor a hierba fresca llena el aire, casi puede saborear la frescura de la primavera, se dirige hacia un roble que se encuentra en medio del bosque”, “se sienta bajo sus ramas y apoya su espalda en un amplio tronco”, “sienta el pasto bajo sus piernas y sus pies, miré hacia arriba y vea como se merecen las hojas de los árboles, observa el suave azul del cielo y unas pequeñas nubes blancas que flotan en él, respire profunda y lentamente, se siente completamente tranquilo y seguro, disfruta de esta escena durante unos minutos” (García, et al. 2005).

Para el manejo de la autoestima las técnicas son las siguientes:

Auto supervisión: el objetivo de esta técnica es conocer en qué emplear el tiempo el usuario. De igual forma el usuario puede dar cuenta de ello, reconociendo cuantas horas emplea, por ejemplo, navegando en Internet, estudiando, viendo televisión etcétera.

Se le solicita al usuario que elabore una tabla con cinco columnas, en la primera columna señalará: momento, debajo de ella señalará las horas del día; en la segunda columna marcará las actividades; en la tercera columna marcará las emociones y en la cuarta el nivel de satisfacción que le provocan estas actividades.

Después se le solicita que valore en una escala del 0 al 10 como se siente, en donde 0 sería muy mal y 10 muy bien, utilizando una hoja de auto registro diario. Se anotarán su sentir y el día.

Se empezará a trabajar con la memoria selectiva del usuario, centrarse en experiencias o situaciones concretas. Registrando acontecimientos agradables y desagradables para tratarlos en las sesiones. Si se encuentran convergencias muy elevadas en actividades y sus emociones

asociadas, así como baja sensación de dominio y satisfacción, se pueden programar actividades que las contrarresten (Tarragona, 2013).

Programación de actividades: el objetivo es que el usuario organice su día, implicándolo en diversas tareas. Se utiliza contra la pérdida de motivación, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas. Por ejemplo “no hago nada bien”. Esta actividad facilitará a que el usuario realice actividades que previamente había evitado.

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

Las actividades a programar se encuentran en tres bloques, el primero, cualquier actividad asociada con la satisfacción que lo anime, segundo, actividades reforzadas del pasado, pero evitadas desde el momento que sufre el problema, tercero, actividades nuevas sobre las que existe acuerdo entre el usuario y el terapeuta, que pueden ser reforzadas o agradables.

Se le menciona al usuario intente hacer esta actividad sin exigirse, hacerlo de forma correcta desde el principio, haciéndoles saber el propósito de la actividad y brindándole la confianza necesaria para que pregunte todas las dudas u objeciones para no hacerlo, se le mencionará también al usuario que si no es capaz de acabar la tarea no debe preocuparse, que planifique sólo lo que debe hacer, y no cuánto es lo que tiene que hacer, insistirle la importancia de hacer la actividad o al menos intentar hacerlas, y por último pedirle al usuario que busque tiempo para cada día para practicar lo que deberá hacer. (Salinas, 1998).

Diario de actividades: el objetivo de esta técnica, es escribir los logros positivos y objetivos que le proporcionarán muchas ventajas al usuario, entre ellas poner en palabras lo que desea

llevar a cabo, animarlo a conseguir lo que desea y, sobre todo, confiar en sus propias capacidades para obtener lo que se proponga en la vida.

Se le sugiere al usuario que guarde un diario de actividades, en éste anotará cada noche un propósito, aunque sea pequeño, por ejemplo: “no perdí mi paciencia en una situación difícil”, “realicé mis trabajos exitosamente” o “caminé en lugar de manejar”. El usuario debe mantener esta rutina durante cuatro o cinco días. Posterior, en este mismo diario se le pide al usuario que comience una página titulada “un logro importante en mi vida”. Donde anotará todos los logros que recuerde, por ejemplo: “obtuve el trabajo que deseaba”, “me casé y tuve a mis hijos” o “terminé exitosamente mis estudios”. Después se le pedirá felicitarse por haberlos conseguido. Este proceso es útil, porque cambia sus actitudes, pensamientos y sentimientos negativos que tiene hacia su persona. Y por último en otra página el usuario escribirá todas las metas, deseos o sueños que quiera conseguir en un futuro inmediato y que sean concretos, realistas y objetivos. De tal forma que paulatinamente esa imagen positiva irá adquiriendo mayor tamaño, hasta que prácticamente se borre la imagen en la que mostraba su angustia (Romero, 2007).

Técnica merecimiento positivo hacia uno mismo: el objetivo de esta técnica es crear en el usuario un autoconcepto racional, y aprender a aceptar sus limitaciones no haciendo comparaciones con los demás, por ejemplo es poderle mencionar: “imagine que tiene que hacer un inventario de su casa o de una tienda; pues bien, se trata de hacer lo mismo pero siendo usted el objeto que ha de describirse”, para que no pueda confundirse, se le orientara sobre los aspectos que debe especificar, tendrá que emplear el mayor número de palabras que se le ocurran y escribirlas en una hoja, para que le resulte más fácil, ponga del lado izquierdo los atributos negativos y a la derecha, los atributos positivos de sus características personales.

Se le solicita que señale los siguientes atributos: aspecto físico (nariz, ojos, boca etcétera). Relación con los demás (rencoroso, generoso, etcétera). Personalidad (humor, que le hace enojar, etcétera). Como cree que le ven los demás (buena persona, indeciso, cariñoso etcétera). Rendimiento laboral o académico (podría trabajar más, soy bueno lo que hago, etcétera). Relación de pareja (dependiente, ansioso, creativo, etcétera). Rasgos intelectuales (leo, me gusta el teatro, me aburro, etcétera). Y se finaliza diciendo al usuario: *“se dará cuenta de que cuando empieza aceptarse y apreciarse por lo que es y por lo que vale, tanto su imagen que tiene de sí mismo, como son autoestima, se verán gratamente incrementada, se podrá sentirse más seguro y confiado de esa manera”* (Valdivia, Luciano & Páez-Blarrina, 2006).

Técnica el árbol de mi autoestima: El objetivo es que el usuario reconozca sus propias capacidades, logros y éxitos, se le pide al usuario que dibuje en una hoja de papel un árbol, con las siguientes características: En el tronco exhibirá su nombre, en cada raíz las habilidades y capacidades que crea tener, en las ramas los logros y éxitos obtenidos, se le podrá mencionar al usuario *“Este árbol debe tenerse durante todo el proceso terapéutico, para que puedan añadirse ramas y raíces, que contengan más capacidades y logros que irá descubriendo”* al final del ejercicio se le preguntará al usuario: *¿le ha costado trabajo reconocer habilidades y éxitos propios? ¿Qué sentimientos experimentó? ¿Qué está dispuesto a hacer para tener más logros en su vida?* (Ortega, 2012).

Técnica las cartas terapéuticas: El objetivo es que el usuario sea capaz de expresar sus emociones mediante escribir una carta, en esta técnica lo que el usuario debe hacer es “mandar” una carta a la persona significativa que le ha herido y en donde exprese de manera catártica sus emociones (De Shazer, 1985).

Se le menciona al usuario: *“en la carta usted debe expresar sus sentimientos y sus derechos”*, *“estas cartas no se mandan, el propósito de estas cartas es expresar sus emociones de manera controlada o en un ambiente que no le causen ningún perjuicio”*, señalar al usuario que en la siguiente sesión Este tendrá que leerla en voz alta (Linares, Pubill & Ramos, 2005).

Técnica visualización para la autoestima: el objetivo es ayudar a mejorar la autoestima, a cambiar la forma de relacionarse con los demás y conseguir determinadas metas, este ejercicio consiste en imaginar escenas positivas relajando el cuerpo eliminando de la mente cualquier imagen o pensamiento que pueda distraer, para practicar la visualización se debe estar totalmente relajado; el mejor momento es antes de dormir o antes de levantarse por la mañana. Para lograr la visualización hemos de lograr que ésta sea lo más intensa y real posible y para ello echaremos mano de todos los sentidos, los cuales podemos recrear mentalmente. Así, cuando visualizamos imágenes o situaciones positivas lograremos que ésta sea lo más completas y precisas posibles. Se le solicita al usuario relajarse profundamente en un lugar donde no pueda ser molestado, por ejemplo, estirado en un sofá donde reposa la cabeza, procurando no tener ningún tipo de incomodidad como frío o calor excesivo respirar lenta y profundamente, eliminando cualquier signo de tensión que pueda haber, hay que sentir que todo el cuerpo está relajado, sin tensión, mencionarle al usuario *“Imagínese usted mismo alcanzando una meta, por ejemplo estar en una fiesta y ser el centro de atención, imagínese haciendo bromas ingeniosas, saludando y riendo con el resto de los invitados, sirviendo bebidas momentáneamente para hablar con la gente, bailando con alguien que le guste, sonriendo y recibiendo sonrisas”*, *“imagínese haciendo algo que le guste y que quiera hacer, por ejemplo, algo difícil pero estimulante. Incluya las consecuencias positivas de una mayor autoestima, imagínese teniendo éxito en el trabajo, reconocimiento, ascensos, aumento de*

sueldo, aumento de responsabilidades, etcétera”, “imagínese teniendo éxitos sociales y de pareja, su lenguaje corporal debe ser el de una persona sociable, postura levantada, receptiva a la gente, sonriente, con brazos y piernas extendidos, haciendo gestos afirmativos y tocando a los demás cuando es oportuno”, “imagínese luchando pero triunfando y después, imagínese recibiendo honores y alabanzas, imagínese gustándose a sí mismo y luego gustando a los demás”, “imagínese que está muy bien ahora, no se centra sólo en el futuro”, “imagínese descubriendo su antigua autoestima, la confianza que alguna vez tuvo y que aún tiene, siéntase más a gusto y contento consigo mismo”, convienen las siguientes afirmaciones con sus visualizaciones, “confío en mí”, “soy una persona competente”, “hago las cosas lo mejor que puedo”, “estoy interesado en la vida”, “me gusta tal como soy” (Cabanach, Freire, Souto, & Ferradás, 2014).

En el manejo de los celos se usan estas técnicas.

Técnica de detención del pensamiento: El objetivo de esta técnica es interrumpir los pensamientos indeseables, al tratarse de un procedimiento muy elemental, pueden conseguirse un buen dominio de la técnica en menos de una semana. El procedimiento es la numeración y descripción de los pensamientos disfuncionales, pedir al usuario que escriba tres o cuatro temas que le preocupan en los que no pueda dejar de pensar. Cada uno de estos temas debe ser escrito brevemente, con las frases típicas que aparecen en la mente del usuario cuando piensa en dichos temas. Posteriormente elaborará una lista de pensamientos funcionales y agradables, en ese momento se trabaja con el usuario en la mitificación de tres o cuatro temas cuyos pensamientos le resulte agradable (deporte favorito, aficiones, algún proyecto, un logro o premio, lugar interesante que proporcione sensaciones agradables). El objetivo de los temas agradables es únicamente redirigir su atención, se le pedirá hacer una descripción de los

temas elegidos. Posteriormente se le sugieren los ejercicios de relajación y la implicación en la secuencia de pensamientos disfuncionales, en ese momento se induce un estado de relajación y se comienza a pensar sobre uno de los temas problema. Se comienza con aquel que resulte menos estresante, se propicia la secuencia de pensamientos en el tema. Posterior es la interrupción de pensamientos disfuncionales en este momento en que el usuario da la indicación de estar inmerso en la secuencia mental, el terapeuta gritara la palabra “alto”. Inmediatamente aprovechando el vacío mental provocado por interrupción en la secuencia de pensamientos desagradables, se dará la indicación de cambiar a uno de los temas agradables elegidos previamente. Se le indicarán que disfrute de esta nueva secuencia de pensamientos, reforzando la escena con indicaciones de sensaciones físicas, emocionales, sonidos, sabores etcétera si los pensamientos disfuncionales regresan antes de medio minuto, el terapeuta gritara nuevamente la palabra “alto”.

Se repite en varias ocasiones la secuencia de pasos descritos (pensamiento disfuncional-alto-pensamientos agradables) si una cadena de pensamiento no se mantiene en la atención, se cambiará por otro de los temas problema, se practica unos 10 minutos con distintos temas, el pensamiento agradable tratará de mantenerse alrededor de un minuto. La práctica debe mantenerse hasta que la palabra “alto” sea capaz de detener inmediatamente la cadena mental y sea fácil de digerir y mantener la atención en un tema agradable, tranquilizador o interesante. Una vez que se ha conseguido este resultado siendo en operario del que grite “alto” se pasara a practicar siendo el propio usuario el que grite “alto” cuando se encuentre inmerso en una cadena mental a eliminar.

Una vez que sea conseguida, parar la secuencia de forma eficaz con esta nueva forma de auto aplicación, comenzará el proceso de desvanecimiento del estímulo externo (palabra “alto”

pronunciado en voz alta) hasta dejarlo progresivamente en una orden encubierta, la secuencia podría ser la siguiente:

Gritar la palabra “alto”.

Decir la palabra “alto” en voz alta sin gritar.

Decir “alto” en voz baja.

Decir “alto” en voz muy baja.

Por último, decir “alto” subvocalmente.

El siguiente paso es la generalización a la vida cotidiana, una vez que se ha conseguido para las secuencias de pensamientos negativos simplemente con la orden encubierta, el usuario estará preparado para utilizar la técnica en su día a día. Con el objetivo de reforzar la eficacia del comando subvocal puede asociarse a su emisión una estimulación física paralela que sirva como interruptor adicional. Por ejemplo, puede ser útil llevar a una cinta de goma en la muñeca y darse de golpe con ella a la vez que se dice “alto” (Ramírez, 1977).

Técnica para el cambio cognitivo: el objetivo de esta técnica es guiar al usuario al cambio de patrones de pensamientos irracionales o negativos comprometiéndose al cambio conductual que permitirá el control de situaciones que facilitan la aparición de Ira y celos, que le causan problemas en su relación de pareja. El procedimiento es de la siguiente forma, se le menciona al usuario que este es un método efectivo y que la idea es utilizar los sentimientos como señal o clave, tan pronto como se perciba un sentimiento de lo desagradable utilizarlo para reflexionar “bueno algo está pasando en mi mente”. Se solicita que se pueda hacer cualquiera de estas preguntas ¿qué está pasando por mi mente en este momento?, ¿qué estoy pensando?, ¿qué me estoy diciendo?, ¿qué es lo que percibo de la situación que provocó este sentimiento?

Posteriormente el usuario tomará una hoja de papel y dibujará una línea a la mitad haciéndose la siguiente pregunta “¿qué está pasando por mi mente?”. Y escriba todos sus pensamientos, palabra por palabra en la parte izquierda de la hoja.

El siguiente paso es revisar los pensamientos y preguntarse lo siguiente: “¿Este pensamiento es exacto o realista, o parece ser una distorsión de pensamiento?”. Posteriormente es enfrentar el pensamiento, definir metas realistas, el objetivo final es de enfrentar el pensamiento negativo, es reducir el dolor emocional excesivo o innecesario. Ante los pensamientos escritos, se puede hacer las siguientes observaciones. “Parece que estoy llegando a una conclusión, pero, ¿cuáles son los hechos concretos?”. Después, escriba una respuesta más realista, racional, en la columna de la derecha. Para enfrentar las distorsiones cognitivas es necesario preguntarse antes que nada “¿qué tan realista es mi pensamiento?”. Después, identifique los hechos reales, compare los pensamientos con la realidad y elabore un pensamiento nuevo más realista (Fonseca & Pacini, 2006).

Tabla 1

Anotación de pensamientos automáticos y realistas

Pensamientos automáticos	Respuestas realistas
“Nunca encontraré alguien que quiera estar conmigo”	“No puedo adivinar el futuro, lo que sí sé es que esta persona no quiere salir conmigo y me siento decepcionado”.
“No le importa a nadie”.	“¿Será cierto? El hecho es que yo quería que mi novio me llamara y no lo hizo, pero eso no quiere decir que no se preocupe por mí, hay muchas personas en mi vida a quienes les importo”.
“Debe estar enojado con ellos”.	“Puede estar enojado conmigo, pero también puede ser que exista otro motivo por el que actúe así”
“Mi esposa debería saber cómo me siento”.	“Quiero que ella me entienda, pero no puedo leer mi mente”.
“No debe dejarme”	“No quiero que él se vaya y me siento triste y enojada porque lo hace”.

En esta tabla se anotarán las respuestas a los pensamientos automáticos y realistas

Técnica de exposición y prevención de respuestas: en esta técnica el usuario se expone a los pensamientos que le hacen sentir celos, para que reviva incluso con mayor intensidad estos sentimientos y que estos pierdan su capacidad evocadora de emociones desagradables para que, en último término, desaparezcan los sentimientos de celos. Mencionarle al usuario: *“Va a cerrar los ojos para concentrarse mejor y, a continuación, va a evocar las situaciones que le provocan celos, intente prestar la máxima tensión y concentrarse en ellas como si le sucediera realmente”*. *“No intente distraerse y mantenga la atención en ellos, mientras, me va a contar con detalle lo que siente y piensa”*.

Se le pide al usuario que escriban una hoja todos los pensamientos que le provocan celos, posteriormente los calificará de acuerdo al grado de celos que le provoca cada pensamiento, esto se realiza pidiéndole al usuario imagine que el número 0 significa “ninguna ansiedad o inquietud” y el número 10 significa “ansiedad o inquietud extremadamente fuerte” y finalmente se armará una jerarquía de menor a mayor. Después de hacer la lista en operario y el usuario acordará en qué punto de la jerarquía comenzará la exposición, lo más recomendable es empezar en el punto más alto, aunque en la práctica generalmente el usuario se muestra renuente a realizarlo. El punto de inicio es a menudo el ítem que mayor inquietud le produce, siempre y cuando no sea demasiado bajo en términos de ansiedad. Si el usuario elige comenzar con un ítem que le provoca ansiedad en 1 de 8 puntos “que su pareja se reúna con personas del sexo opuesto” se le expondrá al ítem seleccionado de forma imaginaria, se le puede exponer al usuario con diferentes ítems relacionados. Esta exposición va seguida por un período de prevención de respuesta, en que el usuario evita realizar alguna actividad que no pueda disminuir la ansiedad, (por ejemplo, llamar en ese momento a su pareja para preguntarle con quien está). En este punto debe el operario poner mucha atención ya que

contendrá la ansiedad del usuario, si es que la hay, y le ayudará a sobrellevarlo más fácilmente distrayéndolo, por ejemplo, platicando con él sobre otro tema. El periodo de prevención de respuesta con el operador durará aproximadamente 10 minutos, durante este tiempo la inquietud del usuario producida por la exposición y la urgencia compulsiva derivada se habrá reducido considerablemente. Si la inquietud sigue siendo alta, se le seguirá exponiendo al usuario hasta que se produzca una reducción significativa de la ansiedad, se le pide al usuario que no ejecute acciones que disminuyen su ansiedad ni siquiera después de este periodo de tiempo (de 10 minutos), se le permiten las llamadas normales por ejemplo para saludar a su pareja, o las acciones específicas para cada categoría, que no deben exceder el límite establecido. Otra opción es establecer que el usuario piense que es lo que puede estar haciendo su pareja en ese momento; además, se le puede dar la instrucción concreta de pensarlo cada hora. De esta forma, la idea obsesiva de celos se presentará en el usuario con mayor frecuencia de lo habitual. Ante esta situación, el usuario tenderá a llevar a cabo conductas de comprobación (por ejemplo: llamar por teléfono, revisar correspondencia personal, revisar redes sociales, etcétera). Para lograr eliminar dichas conductas, se entrenará al paciente en una serie de instrucciones con el propósito de impedir el comportamiento de comprobación. Si el usuario menciona que aún tiene dificultades con la prevención de respuesta se le puede ayudar con técnicas que pueden aplicar de forma autógena (Estupiñá, Fernández-Arias, Bernaldo-de-Quirós, Blanco, Labrador, & Gómez, 2014).

Técnica de la distracción: Esta es una técnica cuya estrategia es útil para manejar pensamientos, imágenes, etcétera, que tienden a aparecer en la mente de la persona cuando se encuentra sola o desocupada. El procedimiento es el siguiente se le recomienda al usuario que busque una distracción cuando las obsesiones intensas molestas le atormentan.

Uno de los métodos más efectivos de distracción consiste en buscar compañía (de otra persona que no le provoque la ansiedad en ese momento), iniciar una conversación con alguien cercano, hacer una llamada de teléfono un amigo, etcétera.

Para algunos usuarios ciertas actividades menos exigentes como escuchar música o leer pueden conllevar suficiente distracción, pero, en general, las actividades más exigentes y activas resultan más efectivas como practicar algún deporte, bailar o contar lentamente hasta el número 10 (Méndez & Stevens, 2007).

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

Se le pide al usuario que mencionan los pensamientos que aparecen comúnmente y que provocan malestar. Enseguida se le da las siguientes instrucciones: *“imagine una situación en la que suele aparecer el pensamiento perturbador, imagínelo con tantos detalles como pueda y luego cámbielo por una situación agradable”, “ahora va imaginar un pensamiento perturbador y después un pensamiento agradable y los valles alterando”, “va a practicar un ejercicio parecido en casa cuando aparezcan los pensamientos perturbadores y lo pueda realizar con ayuda de una alarma de un teléfono móvil, un temporizador o la alarma de un reloj”, “colóquela para que suenen dos minutos, póngase cómodo y traiga la mente el pensamiento al que nos referimos en el punto anterior”, “cuando escuché la alarma diga en voz alta ¡basta! Y deje libre la mente del pensamiento perturbador, concentrándose en un pensamiento alternativo a éste que sea agradable. Intente mantener la mente en blanco 30*

segundos, si el pensamiento perturbador vuelve a aparecer diga otra vez en voz alta ¡basta!”.

El último paso consiste en cambiar los pensamientos perturbadores por un pensamiento más realista, a continuación, un ejemplo. Situación: “el celular de mi pareja está ocupado”.

Pensamientos automáticos que pueden aparecer:

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

Pensamiento realista:

“En este momento debe estar realizando su trabajo y no me puede atender”, “está atendiendo asuntos importantes, por esta razón no puede contestarme”, “en cualquier momento que tenga oportunidad me regresará la llamada”, “es importante que se sienta cómodo con las frases que elija, que sean propias y la sienta como suyas. Una vez elegidas varias frases para cada pensamiento perturbador, sustituya el pensamiento perturbador por las frases realistas” (Bados & García, 2011).

Técnica de exposición a los disparadores: El objetivo de esta técnica es hacer que el usuario se acostumbre a el pensamiento no deseado en presencia del estímulo o disparador. Si la obsesión es provocada por una situación en particular, se puede usar el disparador como recurso para ayudar al usuario a formar el pensamiento durante la sesión. Si el usuario le provoca celos el hecho de que su pareja habló por teléfono con una persona del sexo opuesto, se le entrenará en evitar realizar alguna conducta o comentario dirigido a disminuir su ansiedad, por ejemplo: “cuando salgo con mi pareja, me molesta que hable por teléfono con un hombre”. Una vez identificada esta situación el operador ayudará al usuario a proponer un plan de acción para evitar una confrontación entre la pareja, mencionando, por ejemplo:

“cuando se encuentren esta situación, evite hacerle interrogatorios exhaustivos a su pareja sobre la persona con la que hablo y lo que se dijeron, si su ansiedad aumenta, busque un tema de interés común u otro tema que no se relacione con la llamada que acaba de recibir”. Si al usuario le provoca celos el hecho de no saber qué es lo que su pareja hace mientras no están juntos, y por tal razón le llama cada cierto intervalo de tiempo, el operador puede sugerir que cuente el número de llamadas que le realiza diariamente a su pareja e ir disminuyendo cinco llamadas diariamente, hasta realizar una sola llamada durante todo el día. Si al usuario le provoca celos el hecho de que miren a su pareja, el operador puede sugerir que la siguiente vez que camine junto a su pareja, evite ir mirando a los alrededores tratando de controlar las miradas de los hombres o de las mujeres. Si el usuario reporta que los pensamientos de celos aparecen mientras realiza otra actividad, se le sugerirá que no detenga lo que está haciendo y se concentre aún más en su tarea a realizar. Esta exposición repetida y prolongada al disparador hace disminuir la ansiedad y tensión del usuario en presencia del mismo, a la vez que la evitación también se reducirá (Estupiñá et al., 2014).

Técnica de identificación de pensamientos automáticos: El objetivo es identificar pensamientos automáticos y trabajar sobre la conexión entre esos pensamientos y las respuestas emocionales. En esta técnica se debe ayudar al usuario identificar los pensamientos automáticos que el usuario tiene acerca de su pareja y su relación. Estos pensamientos automáticos pueden ser tanto positivos como negativos. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones conflictivas son negativos algunos de los pensamientos automáticos son: “si me amara pasaría más tiempo conmigo”, “ella sólo se preocupa de sí misma”, “la relación no tiene futuro”, “nada de lo que hago le complace”, “no puedo hacer nada bien”. Enseñando el usuario observar sus pensamientos y patrones de cognición,

desarrolla la habilidad de identificar pensamientos que espontáneamente aparecen en sus mentes. Su cognición puede desencadenar respuestas emocionales y comportamentales que a menudo causan conflicto. Ya que muchos de los pensamientos automáticos surgen de creencias desarrolladas lentamente a largo del tiempo, se corrigen y reestructura mediante el uso de la identificación práctica. En términos simples, tales identificaciones permiten que los individuos piensen sobre lo que se dice a sí mismos respecto a una situación o circunstancia.

Se le menciona al usuario: *“los pensamientos automáticos se definen, como pensamientos que ocurren espontáneamente en nuestra mente, sobre ciertas circunstancias de la vida o sobre el entorno”, “para mejorar la capacidad de identificar pensamientos automáticos, le pediré que anoten una libreta una breve descripción de las circunstancias que rodean su problema”*. En esta libreta incluirá una descripción de la situación, los pensamientos automáticos que le lleguen a su mente y su respuesta emocional resultante, por ejemplo: en primer lugar escribirá una situación o hecho relevante “mi novio gasta mucho dinero de nuestra cuenta”, el segundo lugar el pensamiento automático y por último la respuesta emocional “no tiene idea de cómo organizar el presupuesto” y por último la respuesta emocional que podría ser por ejemplo la frustración, rabia y resentimiento. Se le mencionará al usuario que a través de este registro, se le demostrará como sus pensamientos automáticos están asociados a respuestas emocionales y como esto contribuye a ver negativamente a la pareja, *“una vez que se ha aprendido identificar los pensamientos automáticos, se trabaja sobre la conexión entre pensamientos automáticos y respuestas emocionales”, “el uso de esta técnica es importante porque se ha visto que los pensamientos automáticos que dañan una relación son resultado de emociones intensas”, “es importante que revise sus diarios e indique las conexiones entre pensamientos y emoción. Ya que se utilizará un método de*

respuesta alternativo o corrección del pensamiento para producir un cambio emocional”

(Calvete & Estévez, 2009).

Técnica del convencimiento: el objetivo es hacer notar al usuario lo desafortunado de su relación de pareja, y que éste pueda evaluar si desea continuar con la misma. El operador hará un estudio preliminar del dependiente, lo que permitirá conocer la calidad de esta relación. Obtendrá información sobre las posibles causas de su misión, entrega excesiva, aferramiento e idealización hacia la pareja. Detalla aspectos en que se centra el dependiente para idealizar la pareja. Una vez que se es consciente de lo desfavorable que resulta esta relación para el usuario es necesario hacérselo notar, analizando los aspectos que la hacen desfavorable. Se le menciona al usuario *“el simple hecho de que usted haya solicitado la intervención indica que se ha dado cuenta de que ha traspasado ciertos límites que ninguna persona debería estar dispuesta a cruzar”*. Se le hace notar que existen maneras para evitar el mantenimiento de la situación y equilibrar relación para que deje de ser perjudicial. Se le pide al usuario que informe a su pareja que es necesario que éste se comprometa a prestar la ayuda para modificar la relación de pareja, trabajando ambos para lograrlo. Si no hay una respuesta favorable por parte de la pareja del usuario para mejorar la relación y éste decide terminar con la misma, habrá ocasiones en las que en reiteradas situaciones le cause una gran dificultad o incluso les sea imposible de llevar a cabo este paso. Se le puede mencionar también el usuario *“si usted está acudiendo al tratamiento es porque se ha dado cuenta de que hay una persistencia de situaciones claramente insatisfactorias en su relación de pareja, y sabe que su compañero no está dispuesto a cambiar los actos o a ceder en nada, el motivo por el que usted llama solicitando ayuda profesional es buscar ayuda para dar este paso”*. Para este tipo de situaciones serán necesarias varias llamadas de seguimiento para abordar la

situación del usuario, y que éste pueda decidir dar el paso para terminar la relación. Se le menciona al usuario *“amar no puede suponer sufrir continuamente, es decir; una relación de pareja funciona cuando mejore la calidad de vida de ambos miembros, cuando los dos se sienten más completos y satisfechos”*. Se valora con el usuario las perspectivas del futuro de la relación que se hará más insoportable con el paso del tiempo. En caso de que el usuario opte por evitar estas conversaciones se intenta centrarlo en la cuestión sin que cambie el tema. Cuando ha llegado el momento de plantear la posible ruptura, el terapeuta debe mencionar las consecuencias de la misma, una vez que el usuario ha dado el paso de romper con la relación con auténtico convencimiento basándose en el deterioro de la relación. Éste se encontrará motivado y tendrá fuerzas necesarias para superar el síndrome de abstinencia; es decir podrá sobrellevar los síntomas que experimenta un dependiente emocional cuando rompe una relación y que pueden ser por ejemplo nerviosismo, o culpa por la ruptura, recuerdos continuos de los buenos momentos, tristeza, sentimiento de desapego por la vida, falta de capacidad para disfrutar, dificultades de concentración, molestias físicas de diversa índole, deseos continuos de llamar con la ex pareja etcétera. Sin embargo, se estará trabajando con el usuario en las llamadas subsecuentes para que éste pueda afrontarlo y pueda mirar hacia el futuro con esperanza (Tarragona, 2013).

Técnica de auto-prohibición: El objetivo de esta técnica es superar el síndrome de abstinencia, una vez que se ha producido la ruptura en su relación de pareja. Se delimita si aplica esta intervención dentro del contexto de la problemática del usuario para determinar si el síndrome de abstinencia es el generador del problema. Se utilizan las primeras sesiones con intervención en los PAP, centrándose en el apoyo emocional, siendo lo más empático posible. Se sugiere al usuario evitar cualquier tipo de contacto con la ex pareja, justificando

en que de esta forma, podrá superar de forma adecuada y rápida el síndrome de abstinencia, se le menciona al usuario lo siguiente: *“Si soporta un cierto tiempo, sin contactar con su ex pareja, se dará cuenta de que cada vez que se encuentre mejor, le necesitará menos y puede pensar en otras cosas”, “de no hacerlo, cuantas veces vea o escucha su pareja después de la ruptura, más tiempo tardará en superar esa situación”, “los resultados no se harán esperar, el dolor y la necesidad irán disminuyendo, superando su deseo de retomar la relación, o las ideas continuas de con cualquier excusa para contactar a la ex pareja para no tener sensación de pérdida (síndrome de abstinencia) esto no significa que ha superado la dependencia emocional, sino la “adicción” concreta a una relación de pareja determinada”, “habrá momentos en que usted podrá auto engañarse y convencerse de que no pasará nada por llamar a la ex pareja, ya que se puede tener una simple amistad”, “incluso puede sentir que todo su sufrimiento emocional desaparece rápidamente con una simple llamada de la otra persona, donde había lágrimas, ansiedad y auténtica desesperación se pasa la tranquilidad y la sonrisa”, “sin embargo el cese de los contactos con la ex pareja le contribuirá a que usted pueda superar adecuada y rápidamente esta sensación de pérdida”, “cuanto más vea o escucha a la ex pareja después de la ruptura, estará menos centrado y tardará más tiempo en superarlo y labrarse un futuro mejor”.* Para cambiar esta situación y que el usuario pueda soportar el dolor transitorio del síndrome de abstinencia, se debe de tomar en cuenta la posibilidad de que exista un contacto sexual esporádico. Si se produce esta situación durante el tratamiento, se tiene que hacer consciente al usuario de que con su comportamiento no sólo no superará su síndrome de abstinencia, sino que tampoco va a conseguir cambiar a su ex pareja. Inmediatamente después de estas relaciones sexuales esporádicas, el usuario tal vez se sienta muy mal, porque además de retomar su soledad se sentirá utilizado. Y no podrá escapar de su síndrome de abstinencia,

porque continuará enganchado en la relación y su necesidad se active continuamente. Se le menciona al usuario *“si no consigue romper este círculo vicioso, no se podrá superar esta sensación de pérdida, lo cual es algo imprescindible para un curso exitoso del tratamiento”*. Se le proporciona al usuario las pautas para que pueda negarse al contacto con su ex pareja, como por ejemplo manifestarle que está llevando a cabo un tratamiento psicológico, cambiar el número telefónico, evitar lugares donde se pueda encontrar a su ex pareja, en caso de que haya hijos en común, o se tenga que dar un contacto imprescindible, por ejemplo, recoger objetos personales o realizar un trámite burocrático, se debe efectuar de la manera más impersonal posible sin perder la cordialidad y centrarse en la finalidad que ha motivado el contacto. Evitar mediante terceras personas, como amigos o familiares el efectuar un seguimiento exhaustivo del otro, porque esto reaviva su necesidad y obsesión por la pareja. Evitar la formación de una nueva relación con alguna otra persona, como parte de la superación, se sugiere no establecer una relación de “transición”, ya que ésta, sólo se usará para mitigar el dolor de dicha pérdida. Se le menciona al usuario *“seguir este proceso la terapia será difícil y hasta frustrante porque tal vez usted podrá en algún momento ceder a sus deseos y llamar por teléfono a su ex pareja”, “el tiempo que dura este sufrimiento emocional es diferente para cada persona y depende de la duración de la reacción, si hay contactos que reviven en esta necesidad”*. Habrá que tener paciencia para superar esta etapa, para tal propósito será necesario que usted siga alguna de estas sugerencias:

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

le haga pensar por una vez que usted es el centro de su trayectoria, y no su relación de pareja. Establecerse propósitos, escribirlos e insistir en el camino a seguir a la nueva vida que se pretende comenzar, libre de la necesidad afectiva, o rememore como era realmente la relación que se ha terminado recurriendo a la objetividad, esto le será extremadamente útil. Recuerde a su ex pareja y la relación que se mantenía con ella, suele suceder que donde antes había menosprecios, desaires, humillaciones e infidelidades ahora se recuerde a un individuo gentil, preocupado o empático a más no poder, se suelen extraer hechos puntuales de situaciones en los que el comportamiento de su pareja haya sido positivo y elevar a la categoría de habituales o representativas estos comportamientos, tanto de la ex pareja como de relación que se tenía con ella. Para evitar esa idealización o tergiversación de la realidad, y pueda ser objetivo, y recordar esas circunstancias, y cómo se sentía cuando se producía nada mejor que recurrir a fotos de viajes, mensajes de texto, conversaciones guardadas, recuerdos de situaciones en las que se le ha pasado muy mal. El ejercicio físico se destaca, porque esta actividad es una manera muy eficaz de focalizar la atención en algo muy distinto a la ruptura, además incrementa la satisfacción del sujeto consigo mismo y mejora la disposición a la lucha activa que es parte fundamental de una gestión adecuada del síndrome de abstinencia (Salorio del Moral, 2015).

Técnica de solución de problemas: el objetivo es enseñar a los usuarios a generar alternativas y a tomar decisiones implicándose en un proceso de aprendizaje, impide que los usuarios actúen al primer impulso sin tener en cuenta diversas posibilidades que le permitirán una solución más eficaz. En esa técnica que consta de cinco fases:

1.- Orientación hacia el problema, el operario debe detectar las percepciones, estimaciones y creencias del paciente sobre el problema, así como sus reacciones emocionales. Se orienta al

usuario a que aprenda reconocer de forma precisa cuando aparece un problema y saber adaptarse a la complejidad mayor o menor de ésta, adoptar la postura de que los problemas son inevitables en la vida, saber identificar y atribuir correctamente la causa del problema, valorar los problemas, desafíos y no como catástrofes, desarrollar una actitud positiva o adaptativa ante los problemas, haciendo resolverlos en el momento adecuado, pararse y pensar, no actuar al primer impulso y no evitar los problemas. 2.- Definición información del problema. Especificar metas y objetivos realistas, descripción de los hechos problemáticos de forma clara y objetiva, orientada al usuario para que pueda identificar los posibles obstáculos y dificultades que influyen que en la situación sea un problema. 3.- Búsqueda de alternativas. Buscar la mayor cantidad alternativas de solución (lluvia de ideas), cuantas más, mejor, para ello el terapeuta no debe enjuiciar ninguna “todas las ideas ofrecidas en un principio son adecuadas a través de la variedad de estrategias o tipo de enfoque, de manera que el usuario pueda pensar en un amplio rango de soluciones posibles”. 4.- Entrenamiento en la toma de decisiones. En esta fase el usuario debe identificar aquella solución que va a aumentar las consecuencias positivas y minimiza las negativas al momento de solucionar problemas a corto y largo plazo, comparar resultados de cada solución en relación a su estado emocional, tiempo y esfuerzo, y el bienestar personal y social general. Preparar una solución simple o combinación de soluciones. 5.- Puesta en práctica de la solución. Realizar la opción elegida y evaluar cuidadosamente los resultados consecuentes, el usuario debe comprobar si hay un ajuste entre las ventajas de solución y las consecuencias de ella, si hay ajustes, aconsejar al usuario que se refuerce de la manera que considere más adecuada, si hay una discrepancia entre metas y consecuencias de ellas, animar al usuario a volver empezar todo el proceso, prestando atención a las posibles dificultades. Finalmente, el usuario aprende a elegir una posible alternativa, la más adecuada en función de su contexto y posibilidades, se

le motivará para aplicarla comprobando sus ventajas. Para ayudar al usuario, se podrán sugerir las siguientes preguntas ¿cuál es el problema que tengo que solucionar?, ¿Qué tengo que decidir?, ¿Qué me lo impide?, ¿Qué pienso?, ¿Qué alternativas tengo?, ¿Cómo puedo cambiar lo que estoy pensando?, ¿Qué decido?, ¿Qué puedo pensar en su lugar?, ¿Qué pasa? (Montealegre, 2011).

Técnica para dejar de ser codependiente: El objetivo es ayudar al usuario a buscar equilibrio entre las acciones, favores o comportamientos que muestra ante las demás personas. Se le sugiere al usuario que practique el siguiente ejercicio, que le ayudará a darse cuenta si se está comportando de una manera codependiente. Se le pide que lleve a cabo las siguientes instrucciones: “tome una hoja de papel y trace una línea vertical que la divide en dos”, “como encabezado de la hoja escriba el nombre de alguna persona cercana a usted con la que su comportamiento hacia ella es codependiente o crea serlo”, “en la columna de la izquierda anote DAR, y en ella enliste todas las acciones que realizó por esa persona el mes pasado, ya sea que las hubiera solicitado directamente o no. Al final de cada una de las acciones, ponga la letra “P” si le resulto placentero realizarlas, o la letra “R” si llego a sentir a sentir algún tipo de resentimiento por tener que hacerlas. Esto es con la finalidad de que usted pueda distinguir fácilmente las emociones que se encontraban presentes”, “en la columna de la derecha anote RECIBIR iniciará una lista de todas las acciones que esa misma persona hizo por usted, ya sea que se las hubiese solicitado directamente o las haya realizado por iniciativa propia”, hace “si su lista se desequilibra hacia el lado DAR es decir, si usted ve que está haciendo más cosas por la otra persona que las que ya hizo por usted, entonces ponga especial atención, ya que podría estar haciendo hasta lo imposible por ganar la aceptación de los demás, especialmente de esa persona”, “si se da cuenta de que usted trata mejor a los demás

que asimismo, o que usted es tratado mal y eso le ocasiona resentimiento, entonces considere la posibilidad de que sea una persona codependiente”. de la lista que realizó anterior, analice y decida si: usted está entregando libremente, o si se trata de alguna obligación táctica que le ocasiona resentimiento. Decida si realizó esas acciones para evitar posibles consecuencias negativas como enfado, enojo, amenazas, llanto, chantaje, culpa, etcétera. Por parte de esa persona, o si las acciones que hace por ella son desinteresadas y libres de consecuencias negativas. Investigue los motivos internos, si usted ya dio el primer paso y aceptó su codependencia, no tenga miedo y penetre en su interior, tratando de encontrar los motivos que originaron su comportamiento. Ahora trate de llegar al origen de ese problema, piense desde cuando pudo haberse originado y ante quienes surgió. Tal vez este proceso puede resultarle sumamente doloroso y laborioso, pero valdrá la pena hacerlo y se verá beneficiado. Detenga su conducta habitual, da a los demás cuando no lo desea, o si siente resentimiento cuando lo hace, entonces deberá encontrar una manera de detener sus conductas. Empiece por reafirmar su autoestima; esto lo podrá hacer visualizando todas aquellas escenas que le producen satisfacción porque le hagan sentir bien. Por ejemplo “véase a usted mismo, practicando algún deporte o alguna actividad que le guste, yendo al cine o al teatro, preparando el auto o cuidando el jardín”, “para que esto funcione es importante que usted se acepte e intente que ese bienestar que siente, se convierta en una experiencia real en su vida”, “no lo vea como una posibilidad lejana, sino como algo que puede sentir en el presente”, “con este ejercicio usted podrá corregir y mejorar su autoestima, imagine escenas en las que se sienta seguro, animado, confiado, extrovertido, atractivo y capaz”, “ahora respire profundamente e imagínese dándose un cálido y relajante baño, disfrutando del tacto tibio del agua, de la fragancia perfumada del jabón, en ese momento usted se dice: merezco disfrutarlas”, “vístase con ropa limpia, se siente limpio y a gusto, la ropa le queda bien, mírese

al espejo y sonrías mientras peina su cabello”, “coma lo que le gusta, abra el refrigerador, que dentro encontrará aquella comida que tanto le gusta, mientras saborea lentamente lo que ha preparado, diciéndose: “cuido de mí mismo, me quiero”, “salga a la calle, puede dar un paseo por el parque, saludar a las personas que conoce y vaya encontrando. Si no se atreve, basta con que sonrías. La respuesta será inmediata, puede decirse “estoy muy bien, me siento muy bien”, “vaya a ver aquella película que hace tiempo quería ver”, siguiendo este ejercicio usted podrá ver que su autoestima se va reafirmando día a día.

Aprender a quererse y a valorarse lo suficiente, como para no depender del cariño y aprobación de los demás como única fuente. Fíjese metas claras y objetivos a corto plazo y hágase de todos los recuerdos disponibles para alcanzarlas. Si decide cambiar, comuníquelo a las personas de su entorno, su cambio no solamente le costará esfuerzo, dedicación, tiempo y muchos deseos de dejar atrás esos comportamientos codependientes, sino que además tendrá que enfrentarse al rechazo de la resistencia de los demás. Por lo tanto, es necesario que a cada una de las personas involucradas le haga saber que está tratando seriamente de cambiar su forma de actuar. Deberá ser muy fuerte y estar preparado para recibir respuestas negativas, chantajearlo, manipularlo o sabotearlo.

Adquiera un comportamiento asertivo adecuado y refuércelo. Practique en su casa y con sus amigos diciendo “NO” a requerimientos intrascendentes.

Un buen comienzo podría ser negarse a realizar actividades que antes usted hubiera hecho para evitar problemas. Aprenda a actuar ante el enfado de los demás, si cuando surge algún conflicto usted se siente presionado o con culpa por expresar sus puntos de vista, o los sentimientos que esto le causa, manténgase firme en su decisión, agregue una postura razonable y serena, firmemente sosténgase, y no haga nada más allá de lo que desee hacer.

Confíe en usted mismo, puede hacer que las cosas cambien de manera positiva para usted, y no tendrá que vivir con resentimiento y dolor. Si decide dar, que sea porque realmente lo desea en ese momento, sin que el miedo lo motive, ni que su necesidad de ser querido o de proteger prevalezcan en usted (Sánchez, 2014).

Técnica de hablar frente al espejo: el objetivo es que el usuario identifique lo bueno que posee, comprenderá cómo convertir las voces internas llenas de crítica, de culpa y desvalorizaciones en voces de autoafirmación, e identificar lo bueno que pueda hacer por el mismo.

Se le pide al usuario que se detenga frente a un espejo y hable consigo mismo acerca de los sentimientos que acaban de ocurrir, identificando voces internas negativas irracionales que podrá reemplazar con aspectos positivos, se le menciona al usuario: *“estas voces internas son aquellas cosas que nos decimos, como nos comportamos hacia nosotros de tal modo que provoca sentimientos positivos o negativos”, “me gustaría que recordara una situación en la que a veces se culpa o se critica”, “escriba algo que se dice cuando es duro con usted mismo”, dese algunos minutos para pensarlo, y entonces auto verbalice: “¿nos decimos muchas cosas feas, no?”, “Siempre me sorprende diciéndome: (algún pensamiento negativo)”*.

Para que el usuario pueda cambiar esas voces internas negativas: pensará en nuevas palabras, pensarán sentimientos y recuerdos positivos. “Meditando las formas como nos culpamos, nos criticamos y nos comportamos, aprenderemos a transformar una voz interna antipática en una voz interna positiva y alentadora”. Para lograr este objetivo se proponen estas seis acciones positivas. 1.- Elija algo sólo con el fin de divertirse, todas las veces que pueda por ejemplo salir a bailar, ver televisión, escuchar música ir al cine etcétera. 2.- Dese un pequeño placer

todos los días, puede ser cualquier cosa, baste con que le guste. 3.- Perdónese por algo que hizo en el pasado. 4.- Haga al menos una cosa cada día para su cuerpo, por ejemplo, ejercicio, comer saludablemente, dejar algún hábito etcétera. 5.- Encuentre personas en las que se pueda confiar y hablar y deje que sus sentimientos guíen su elección. 6.- Elija la compañía de personas con la que se sienta seguro, a las que le quieren lo suficiente para escucharle y tratar de comprender cómo se siente (Rueda, 2014).

Para los casos en que se requiera intervención para la depresión se manejan estas técnicas:

Técnica de programa semanal de actividades: el objetivo es que las actividades ayudarán al usuario a probar la validez de las ideas acerca de sí mismo y comprobar la relación entre la actividad realizada y su estado de ánimo, así se dará cuenta de que puede experimentar, al menos cierto grado de placer, se le menciona el usuario *“A continuación realizaremos una lista de actividades que le gustaba hacer antes, ¿podría mencionarme algunas cosas que disfrutaba hacer?”*, *“Ahora realizaremos otra lista de actividades que le gustaría hacer pero que, actualmente no puede realizar porque se encuentra deprimido”*, *“A continuación va a enumerar cada actividad de la lista con números entre 0 y el 5, donde 0 significa menos dominio guardado y 5 más dominio y agrado”*, *“posteriormente elegiremos las actividades que le resultan más fáciles de realizar y las acomodaremos en un horario que hará usted mismo, para que las practique la siguiente semana, puede empezar con una actividad por día”*, *“las tareas se irán acomodando de acuerdo su complejidad, una vez que lleguemos a las tareas difíciles la dividiremos en pequeños pasos, que irá practicando entre cada lapso de llamadas que realice”*. Si el usuario llegase a sentir que es imposible realizar la tarea, se le ayudará con la práctica de la imaginación, en la que se imaginará realizando la tarea y la irá describiendo verbalmente, si surge un problema u olvida algún paso, el operador le

ayudará mediante preguntas como: ¿qué puedes hacer para? El pedir al usuario que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea, lo obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarrestar su tendencia a divagar y a facilitar la realización al programar paso a paso. También ayuda a identificar posibles “obstáculos” cognitivos, conceptuales o ambientales, que pudiera impedir la realización de la tarea. El operador identificará y desarrollará soluciones para estos problemas antes de que dé lugar a una experiencia de fracaso no deseada. Los más importantes son los cambios cognitivos que se producen durante la realización de las tareas, y después, al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias depresivas. Se deben eliminar los pensamientos contraproducentes mediante preguntas: ejemplo si un usuario se auto evaluó con una destreza igual a cero en su tarea de cortar el césped o de limpiar su cocina, ayudarlo a ver lo que hizo bien preguntándole: ¿hizo algo bien?, ¿Cómo lo vieron otras personas?, ¿Cómo lo vería si ese trabajo lo hubiera hecho otra persona? En las tareas graduales, si dice “no puedo”, proponerle “vamos hacer un experimento” y fijar objetivos modestos y graduales. Es importante asegurarse que el usuario ha comprendido las tareas que tiene que hacer y cuál es utilidad (Rosselló & Bernal, 2007).

Para los casos en que se requiera la intervención en duelo por separación o divorcio:

Técnicas de relajación y expresión de emociones: el objetivo es que el usuario exteriorice las emociones negativas que le provoca su ex pareja para ayudarlo a sobreponerse a la pérdida y llevarla a un buen fin.

Se le pide al usuario que tome asiento y se quite todo lo que le apriete como anillos, pulseras, relojes, sujetadores de cabello, cinturón etcétera. Y se le indica con voz pausada: *“por favor cierre sus ojos, comience a soltar su cuerpo, relájese, no crucé los pies ni las manos,*

comience a respirar lento y profundo, vamos hacer cinco respiraciones a su tiempo”, “sienta su respiración (se repite tres veces la instrucción)”, “en este momento va a crear su propio espacio de seguridad, un lugar protegido, donde podamos ir cada vez que los necesitamos”, “un lugar cómodo, confiable, en donde es usted mismo, donde hay amor, respeto, confianza y paz, salud, felicidad, justicia, verdad, nobleza, gratitud, ese lugar es de su total agrado, está decorado como a usted le gusta, con los olores, las texturas y colores que más le agrada, este lugar está protegido y nadie más que usted puede entrar”, “en este espacio se siente cómodo, relajado (guardar silencio unos segundos), empieza a recordar algunas cosas, del momento actual de su vida, cosas o situaciones con su pareja, empieza a recordar la sensación que experimentó la primera vez que se besaron, la ilusión de estar con él o ella, del amor, déjese invadir por esa emoción (guardar unos segundos de silencio)”, “empiece a recordar los problemas que tenían, sus discusiones, la manera en que le habla, el tono, las palabras que usa”, “estas palabras suelen ser elementos que duelen, hieren y no permiten crecer, que de alguna u otra manera las recordamos constantemente. Dese cuenta qué sensaciones hay en ese momento en su cuerpo, identifique que sentimientos están surgiendo con estas sensaciones, puede ser coraje, tristeza, rencor, resentimiento o simplemente dolor, déjese sentir las, que fluye a través de usted”, “respiré lento y profundo, con estas sensaciones empezará a regresar poco a poco, dese su tiempo, al aquí a al ahora”. Repetir estas instrucciones tres veces, respetando el ritmo y tiempo del usuario, el tono de voz utilizado es suave y pausado.

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

menciona al usuario: *“recuerde que las emociones negativas que guardamos nos hacen mucho daño dentro, y si lo sacamos ya no lo harán más”*.

Se le pedirá al usuario que defina con una palabra el cómo se siente, y para cerrar el ejercicio se le pedirá que a la cuenta de tres coloque a un lado el teléfono, levante sus brazos y los bajé inclinándose, una vez en esta posición dará un grito muy fuerte. Es importante que el usuario exprese lo que siente puesto que la intención de la ayuda es cumplir con el compromiso de explorar los sentimientos; si llegara a darse el caso de que el usuario se negara a realizarlo, se le deja en claro que su decisión se acepta, sin embargo, debe aceptar la responsabilidad de no querer trabajar sus sentimientos y que, si su decisión es quedarse con lo que está fluyendo dentro de sí, es responsabilidad suya y del compromiso consigo mismo (García, et al., 2005).

Técnica de la fotografía: el objetivo de esta técnica es que el usuario exprese las emociones que le provoque la persona ausente, que llegue el sentimiento de confort que le provocaba su presencia en vida.

Se le menciona al usuario: *“elija una fotografía de la persona ausente y observela detalladamente. Trate de hacer un recuerdo de su vida, hasta el momento de su partida. Intente simpatizar con todo lo que vivió tratando de recordar sus alegrías y tristezas”, “véala como un ser humano con virtudes y defectos, no lo magnifique ni lo eleve a un estatus irreal”, “realice un repaso de todas las experiencias y emociones agradables que compartió con ese ser querido, y simplemente déjese llevar”, “el objetivo es crear un espacio placentero al que pueda acudir cuando lo requiera y encontrar la paz y la tranquilidad que lo ayuden a soportar el dolor que le causa la pérdida”, “es posible que usted pueda sentirse mejor poco a poco, tendrá días en los que se sienta mejor que otros y esto es totalmente normal”*. Ahora pregúntese al mirar las fotografías *¿comienzo a sentirme mejor?, ¿Pienso en él o ella sin*

sentir ya esa sensación del dolor?, ¿Le recuerdo con ternura y agradecimiento por lo vivido juntos?, ¿Puedo darle sentido a lo vivido en estos meses o años que ha durado mi tristeza por haberlo perdido?, ¿Entiendo que el amor no se acaba con la muerte?, *“Tomarse un momento para reflexionar sobre estas preguntas viendo esa imagen le permitirá encontrar un significado, aprender de las pérdidas y experiencias difíciles además de poder evaluar su estado de ánimo”*.

“Una vez reconfortado por esa imagen, intente retomar el control de su vida nuevamente. Haga cambios en su proyecto de vida, pero ahora sin la presencia de esa persona. Resuelva los conflictos que su partida le dejó, desde los económicos hasta los sociales y los afectivos”.
“Aunque no es tarea fácil, venza el miedo de volver a empezar, no intente hacer todos los cambios en un solo día, tómese su tiempo, no permita que nadie lo presione”. *“Cada vez que sienta que no puede más o que la tristeza lo paraliza, refúgiense en el espacio que creo en su mente, hasta recuperar la tranquilidad que necesita para continuar”*. *“Busque el apoyo de parientes y amigos. En poco tiempo verá que no solo el recuerdo de esta persona ya no le resulta doloroso, sino que disfrutará pensar en ella, y que además obtuvo fortaleza interna para sobrellevar los problemas que debió afrontar después de la partida”*. *“Eso aumentará su confianza en usted mismo y cada vez que tenga que enfrentar un nuevo reto ya no se paralizará, puesto que sí pudo salir airoso de esa experiencia tan dolorosa nada lo detendrá”* (Avilés, 2003).

Técnica de la silla vacía: el objetivo de esta técnica es dar la oportunidad de expresar las emociones y sentimientos de dolor, enojo, amor, etcétera, que habían estado reprimidos, es de alguna manera, cerrar el círculo pendiente con aquella persona ausente. Se le menciona al usuario: *“En la tranquilidad del lugar que usted haya seleccionado previamente coloque dos*

sillas frente a frente y tenga la mano una fotografía de la persona, o algún objeto que le haya pertenecido, además de una fotografía suya y un objeto que lo represente usted”, “en esta técnica se le pedirá hablar de lo que siente, de su dolor y de sus emociones y siempre que lo haga deberá estar sentado en la misma silla, sosteniendo su fotografía o el objeto, después póngase en el lugar del fallecido y, desde esa perspectiva, exprese lo que cree que él habría dicho, deberá cambiar de silla y sostener la fotografía o el objeto de la persona ausente”, “inicia el relato sobre su relación con la persona ausente y su vida en común, hasta el momento en que lo vio por última vez o cuando se enteró de su partida”, “manifieste todos los reclamos y resentimientos que tengan relación con la de él, y deje fluir los sentimientos negativos que calló por largo tiempo”, “después, siéntese en el lugar de la persona ausente y responda las reclamaciones que anteriormente usted le hizo y exprese también los asuntos pendientes que tenía con usted”, “cuando los reclamos terminan, en el papel del ausente, usted agradece, perdona y envía un mensaje positivo a usted mismo. Es importante que sean palabras de verdadero aliento y liberación”. En esta última fase, cambie de silla y vuélvase usted mismo reconozca las cualidades de la persona ausente, los afectos que sentía por ella, sienta la ternura y el agradecimiento, así como el perdón incondicional, para finalmente despedirse diciendo “adiós” (Korb, Gorrell, & Van de Riet, 1989).

En los casos que se requiera alguna herramienta para el estrés y angustia, las técnicas son las siguientes:

Técnica de control de la respiración: el objetivo de esta técnica es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este proceso para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Esta técnica presenta la ventaja de su fácil aprendizaje y de que se puede utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica.

Antes de comenzar el aprendizaje de esta técnica es conveniente generar las mismas condiciones un ambiente silencioso y evitar los estímulos distractores. Así, la persona se situará en una postura cómoda y con los ojos cerrados. La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos, seguidos del mismo periodo de descanso. Cada ciclo se repetirá al menos tres o cuatro veces, o hasta que el usuario aprenda realizarlo correctamente. Las indicaciones para el usuario son las siguientes:

1.- Ejercicio inspiración abdominal: El objetivo de este ejercicio es que usted dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. Para ello, coloque una mano encima del vientre por encima del ombligo, y otra encima de su estómago. Si realizan ejercicio correctamente debe percibir movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no la del estómago. Al principio este ejercicio le resultará difícil ya que no suelen tener unos hábitos correctos de respiración, pero en 10 o 20 minutos puede llegar a dominarse. 2.- Ejercicio inspiración abdominal y ventral: El objetivo es que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y medio de sus pulmones. Pedir al usuario situarse la posición del ejercicio anterior y, una vez que se haya llenado la parte inferior de sus pulmones, debe llenar también la zona media. Ahora se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la mano situada en el vientre. 3.- Ejercicio inspiración abdominal, ventral y central: El objetivo de este ejercicio es desarrollar una inspiración completa. El usuario, se colocará en la posición del ejercicio anterior, debe respirar marcando tres tiempos en su inspiración: llenando el aire primero la zona del abdomen, después la del estómago y por último la del pecho. 4.- Ejercicio espiración: Se pretende que el usuario sea capaz de hacer más completa y regular la respiración. El usuario realizará una inspiración completa tal y como se indica en el tercer ejercicio. Después, para espirar, se cierran bastantes los labios de forma que se

produzca un breve resoplido al salir el aire, provocando así una espiración pausada y controlada. El ruido que produce el aire es un indicador para el sujeto sobre si está realizando correctamente el ejercicio. También se le indica que levante un poco los hombros para ayudar a exhalar el aire de la zona superior de los pulmones. 5.- Ejercicio ritmo inspiración- espiración: Con este ejercicio se trata de aprender a utilizar las técnicas de control de respiración en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión. Para ello, se va repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de la práctica. Primero se van cambiando las posiciones; sentado, de pie, andando, etcétera. También se alteran otras condiciones como, por ejemplo, tener los ojos abiertos, realizar otra tarea de forma simultánea, etcétera. Finalmente modificamos las condiciones ambientales: ruidos, presencia de otras personas, etcétera. Es importante ir graduando la práctica en orden de dificultad creciente. Resulta conveniente la práctica de estos ejercicios en el medio habitual del sujeto, tratando de involucrarlos en su vida cotidiana, especialmente durante el periodo de aprendizaje. Una vez que la persona ya controla su respiración, estas habilidades se pueden aplicar en cualquier situación de la vida cotidiana, especialmente en aquellas que generan altos niveles de activación. (Chóliz, 2014).

Técnica de Modificación de pensamientos disfuncionales: El objetivo de esta técnica es la identificación para el afrontamiento efectivo y la modificación de pensamientos disfuncionales o inapropiados. Se confeccionan listas de pensamientos alternativos que podrían ser más adaptativos o relevantes para cada una de las consecuencias importantes en que se puede descomponerse cada situación conflictiva. Se presta especial atención al entrenamiento en auto instrucciones que pueden servir de guía para poner en marcha estrategias más adecuadas en cuatro momentos específicos de afrontamiento de la situación.

Se le menciona el usuario: preparación para enfrentarse al estrés o para combatir el pensamiento negativo asociado y recalcar la planificación que requerirá el afrontamiento, por ejemplo: ¿qué tengo que hacer?, “Sólo he pensar en lo que sé que tengo que hacer, y no en si me estoy poniendo nervioso”. Éstas instrucciones van encaminadas a ayudar al usuario a centrarse en los requisitos específicos de la tarea o estrés sordo: “concéntrese en lo que tiene que hacer y no en otros aspectos que no son relevantes o interfieren”.

Confrontación con el estresor: “El objetivo es controlar el estrés, reafirmar que uno pueda abordar la situación, interpretar los signos de estrés que van apareciendo de manera constructiva, reforzar el uso de afrontamiento entrenados como la relajación o habilidades específicas, permanecer centrado en la tarea o situación” por ejemplo: “No tengo que pensar en mi estrés sino en cómo tengo que abordar esta situación o problema”. “Vaya paso a paso y debido al estrés o la tarea que puede manejar no lo aborde globalmente”. Se le sugiere al usuario auto verbalizar: “la tensión o malestar que siento me sirve de recordatorio de que puede enfrentar esta situación y poder dominarla, ahora me relajo, respiro y sigo adelante. En el afrontamiento de las sensaciones de estrés o malestar si se producen. Éste tipo de autoinstrucciones han de permitir poner en marcha estrategias que permitan afrontar el momento que puede ocurrir en una situación, como sentirse abrumado desbordado o sin control. Han de servir como guía para centrarse en lo que está ocurriendo, aceptar los pensamientos y esperar a que disminuyan, aprender a tener cierto control. “Si comienza sentirse nervioso o alterado, haga una pausa y respire profundamente; valore el estrés en una escala del 0 al 10 y fíjese cómo cambia”, “trata de concentrarse en lo que puede hacer, para mantener la situación, o para reducir el malestar, relájese y vaya despacio, no trate de eliminar

el estrés totalmente, trate simplemente de reducirlo y mantenerlo en unos niveles aceptables, etcétera.”. Las instrucciones han de permitir evaluar lo que realmente le ayudó, en qué nivel pudo poner en marcha las estrategias entrenadas. La utilidad de las mismas para afrontar el estrés es, reconocer y valorar los avances, aunque sean pequeños, reforzarse felicitarse por el intento. Por último, se le sugiere que el usuario se autoverbalice: “No ha sido tan malo como esperaba, he afrontado la situación bastante bien con la estrategia utilizada, creo que he progresado en el abordaje del problema, aunque sé que todavía puedo mejorar, lo he hecho bastante bien” (Márquez, Losada, Izal, Pérez, & Montorio, 2007).

Técnica de modificación cognitiva: el objetivo es enseñar al usuario a pensar de manera más realista, identificar el modo en que ciertas condiciones acentúan o provocan angustia. Se examina de manera retrospectiva los pensamientos, creencias y suposiciones producidos durante un episodio típico de angustia y ansiedad. Se recuerdan vívidamente la primera y última crisis de angustia, una discusión detallada de estas dos experiencias. El operador intenta determinar la secuencia de angustia e idiosincrática del usuario y descubrir los pensamientos catastróficos poco realistas, se cuestiona de manera implícita y explícita la validez de estas cogniciones. Una vez que el paciente tome conciencia de la importancia de las condiciones para producir y alimentar esta crisis de angustia, está en posesión de volver a evaluar la validez de dichas comisiones, y en última instancia cuestionarlas. Se emplea el registro de pensamiento para identificar con rapidez los pensamientos del usuario, examinar su validez, y desafiarlo, responder con pensamientos más racionales. Se le proporcionan una lista de 10 distorsiones, interpretaciones erróneas o tipos de ilógica, al identificar las distorsiones el paciente puede corregir la conclusión ilógica mediante sustitución de manera más racional.

Quitar la aparición de catástrofe a la situación junto con el usuario, preguntarle al usuario: *¿qué sucedería si sus peores temores hicieran realidad? ¿Si fuera realidad, sería tan malo como se lo imagina?* Eliminar la apariencia de catástrofe reduce en gran medida la necesidad del paciente para evitar las situaciones relacionadas con la angustia (Ester, 2003).

Técnica de pensamientos de afectación del estrés: El objetivo es crear una lista de pensamientos para afrontamiento del estrés. Estos pensamientos pueden llegar a interrumpir el circuito formado por las emociones dolorosas. Para entender bien cómo funciona, es preciso tener en cuenta los cuatro componentes de toda respuesta emocional, que son las siguientes: 1.- Situación que actúa como estímulo: Es aquella situación que dispara el pensamiento. 2.- Respuesta física: El sistema nervioso autónomo origina síntomas tales como temblor de manos, malestar en el estómago, sudor, palpitaciones, ligero dolor de cabeza etcétera. 3.- Respuesta conductual: Al momento en que se intenta afrontar la situación disculpándose, marchándose lo antes posible. 4.- Pensamientos originados: Las interpretaciones de la situación, predicciones y auto observaciones son las que crean las emociones.

Se le menciona al usuario: “Su propia interpretación del incidente, la influencia que piensa que va a tener en el futuro y sus comentarios interiores sobre su valía personal, son elementos que determinan e intensifican las emociones que se sentirá”. Si usted se dice, asimismo: “No lo voy hacer bien”, “soy demasiado nervioso y desorganizado”. Probablemente su respuesta fisiológica a tales pensamientos consistirá en sudor, temblor y sensación de un miedo del estómago. Al notar estas reacciones de su organismo es posible que piense: “estoy aterrorizado, no puedo hacer esto”. Estas afirmaciones interiores, a su vez aumentan la sintomatología física y la tendencia a tomar decisiones poco acertadas. De ese modo se forma

un círculo constituido por pensamientos que inciden sobre las respuestas físicas y conductuales, las cuales generan pensamientos negativos, cerrándose con ello el círculo que permanece ininterrumpido conduciendo a un estado de estrés crónico. Sus pensamientos no tienen por qué aumentar su miedo; al contrario, pueden actuar como tranquilizante ante un estado de tensión, calmándole y haciendo que desaparezca la sensación de pánico. El círculo formado por pensamientos de respuesta que acabamos de describir puede actuar tanto en contra suya, o a su favor. Los pensamientos de afrontamiento del estrés informan a su organismo que no hay ningún motivo de alarma; puede permanecer relajado. En medio de cualquier situación estresante puede formularse integralmente una serie de razonamientos que le sirvan para vencer el miedo. Por ejemplo: “debes estar tranquilo...”, “Ya te has encontrado con esto otras veces...”, “Ahora relájate...”, “Realmente no puedo hacerme daño esa persona...”. Cuanta más atención presta a su monólogo de afrontamiento, más antes se liberará de su tempestad fisiológica de síntomas y de lo que se describe. Se le proporciona una lista de pensamientos de afrontamiento y se le pide que se los aprenda de memoria: “no hay de qué preocuparse”, “estaré bien”, “ya he dicho esto bien otras veces”, “qué es exactamente lo que debo de hacer”, “sé que puedo hacer cada una de estas cosas”. Es posible que algunos de los pensamientos de afrontamiento que se le ha sugerido puedan serle de mucha utilidad al usuario, pero probablemente sean los que escriba por sí solo. (Contreras-Gutiérrez, Chávez-Becerra & Aragón-Borja, 2012). Las frases deberá realizarlas de modo que resulten significativas y podrá cambiarlas cuando empiece a perder efecto. Tenga una lista a la mano y pegue alguno de los pensamientos que le sean más útiles, en la mesita de noche, en el fregadero de la cocina, en el refrigerador, en el bolsillo interior de su cartera, etcétera, y se le menciona por último al usuario *“algunas de las personas tienen miedo a tentar a la suerte si se felicitan asimismo por su progreso. Estas personas abrigan la*

superstición de que las autorecompensas causan el desastre. Lo que ocurre es que están atribuyendo el destino o a la suerte, parte de la responsabilidad de sus éxitos”, “atribuirse el afrontamiento de los problemas significa aceptar la responsabilidad de que el funcionamiento de las cosas depende de uno mismo, así como el poder para limitar las emociones dolorosas”.

Si se requiere abordar alguna situación de infidelidad las técnicas son las siguientes:

Técnica de control de enojo: el objetivo es dominar la idea de mantener la calma ante un evento conflictivo. Se le menciona al usuario: *“Es normal sentirse enojado, frustrado, cuando se tiene problemas, las cosas no salen como usted quiera, se siente amenazado, traicionado o humillado. Pero la rabia, la cólera y la frustración no justifican una respuesta violenta o que la desplace a otras más vulnerables. La rabia, la cólera es una emoción fuerte que es difícil de dominar, pero sólo nosotros tenemos la capacidad para controlarnos, dominar la ira y mantenernos siempre calmados y serenos ante cualquier situación de conflicto o frustración. Cuando se está enojado con rabia y ésta se descontrola, probablemente sienta que sus músculos se tensan, su pulso se acelera, siente como un nudo en la garganta o mariposas revoloteando en su estómago, tiene la respiración agitada, tiembla, se ciega, no escucha, no ven nada, no razona, no piensa. Todo lo ve negro. Da paso a la ira y actúa impulsivamente, sin lógica ni razón. Puede reducir la cantidad adrenalina responsable de que su corazón late en forma más acelerada, su voz se escuche más fuerte, su puño se apriete, siga lo siguiente: cierre por un momento los ojos, tome lentamente aire por la nariz, y respire profundo, concentrándose en su respiración expire el aire por la boca, lentamente. Trate de imaginar que está en una playa, en un lago, o cualquier lugar en donde se siente calmado y en paz. Intente otros pensamientos o acciones que la hayan ayudado a*

relajarse en el pasado, o alejes inmediatamente de lugar y busque alguna forma de descargar la tensión, como por ejemplo, caminar, hablar con alguna otra persona etcétera”. Haga un esfuerzo para que drene su furia, su vida sin arremeter contra nadie (Martínez & Sánchez, 2014).

Técnica para manejar la ira: se le menciona al usuario no tiene que probar y demostrar nada a nadie, por lo tanto, relájese, contrólese, escuche, piense, negocie, y luego actúe. Estas acciones se realizan a través de los siguientes pasos: 1.- Analice la situación. 2.- Considere las consecuencias. 3.- Piense antes de actuar. 4.- Busque primero en usted, la causa de sus tensiones, de su mal humor. 5.- No discuta o Peleé delante de otras personas. Los asuntos se deben de discutir en privado, lejos de espectadores y curiosos. 6.- No necesita exhibirse ante los demás como el más fuerte, el que domina y manda, el más poderoso. 7.- No trate de imponer su voluntad, sus deseos. Póngase en el lugar de la otra persona. 8.- Razones. Pregúntese a sí mismo si realmente lo provocaron o es usted el que provoca la crisis. 9.- Trata de encontrar una explicación neutral o positiva sobre lo que esa persona hizo para provocarle. 10.- Hable, dialogue, sin exaltarse, sin insultar, sin desmerecer, sin agredir. 11.- Escuche sin interrumpir, espere que la otra persona exponga sus motivos. Escuche no sólo por los oídos, observe el tono de voz, los gestos, las actitudes, los sentimientos y emociones. 12.- Sométase a desafiar el conflicto o al problema y no a la persona. 13.- Trate de ponerse en el lugar de la otra persona. 14.- Aprenda a reconocer que le altera y que tan furioso le hace sentir. 15.- Aprenda a pensar en los beneficios que puede obtener, controlando su cólera y las consecuencias que le trae perder el control. 16.- Antes que todo, permanezca serenamente y piense. 17.- Sólo usted tiene el poder de controlar su propio comportamiento. No permite que la ira le controle. 18.- Recuerde, la violencia engrandece el conflicto, crea odios y

resentimientos en la mayoría de las veces, irreconciliables (Vázquez, Rodríguez, Alcázar & López,2012).

Técnica de identificación de pensamientos automáticos: el objetivo de esta técnica es la identificación de pensamientos. Para mejorar la capacidad de identificar pensamientos automáticos, se instruye al usuario a anotar en una libreta, una breve descripción de las circunstancias que rodean el conflicto. Se debe incluir una descripción de la situación, los pensamientos automáticos que le llegan a la mente y respuestas emocionales.

Se le pide al usuario: “Escribe la situación desencadenante, después el pensamiento automático y las respuestas emocionales a través de este tipo de registro”, el operario puede demostrar al usuario como sus pensamientos automáticos están asociados a respuestas emocionales y como esto contribuye a ver negativamente a los demás. Una vez que se aprende a identificar los pensamientos automáticos y respuestas emocionales. Será útil revisar su día a día, e indicar las conexiones entre pensamientos y emociones. Luego se utilizará un método de respuesta alternativa o corrección del pensamiento para producir un cambio emocional (Vázquez, Rodríguez, Alcázar & López, 2012).

Modelos tradicionales de intervención

Teoría Psicodinámica

La Psicodinámica es un tipo de terapia que se inscribe dentro del marco teórico del psicoanálisis, y sus intervenciones clínicas, terapéuticas e interpretativos que definen la teoría psicoanalítica (Hoglund, P. et al. 2008). El concepto psicodinámico hace referencia a la conducta como el resultado de fuerzas, motivaciones e impulsos mentales hipotéticos, y de los procesos que estos lo regulan, plantea un intercambio y la transformación de energía interna en la personalidad, su principal promotor y fundador fue Sigismund Schlomo Freud (1856-1939) (Manuscript Reading Room - Library of Congress. 1856).

En esta teoría uno de los enunciados son la pulsión, la carga psíquica de los individuos a su interrupción, Granados la refiere como:

La interrupción de la Pulsión se manifiesta en una contracción que se libera en una reacción violenta e injustificada.

Si bien esa enunciación sobre el origen de las conductas destructivas es plausible y valiosa, algo de mayor importancia para nuestro estudio surge del argumento que afirma que la frustración crea una rigidez que al disminuir la movilidad promueve la aparición y mantenimiento de patrones depresivos, compulsivos e inhibidos que como manifestación observable, práctica y cotidiana vuelve a la persona sumisa y la priva de sus facultades críticas. Una remoción, una vuelta hacia adentro, donde el organismo pierde movilidad, autonomía y decisión. Situación biológica que provoca un efecto psicológico que produce resultados pasivizantes e inerciales que un sector interesado en el control, bien podría utilizar.

Entonces, la pulsión, un proceso que, al dejarse libre, en fluidez, produce procesos de crecimiento y salud, pero que, al ser afectado por forzamientos, interrupciones y restricciones, crea estados de alteración donde lo sádico y lo pasivo serán dos de sus principales productos.

La Pulsión que permite una personalidad genital. La restricción que produce una Estructura caracterológica, un carácter neurótico. (Granados, 2016, pp. 15-16).

El psicoanálisis es un conjunto de teorías para tratar psicopatologías basadas en la revelación del inconsciente, el psicoanálisis pretende ser un método de introspección y de exploración del inconsciente, una técnica terapéutica para el tratamiento de las enfermedades mentales, una técnica usada para formar psicoanalistas, un método de análisis crítico aplicable a la historia y la cultura, un movimiento que busca defender y asegurar la aceptación de la teoría y la técnica.

Existe gran discusión respecto a la connotación de ciencia para esta teoría, ya que sus seguidores así lo consideran, mientras que la cuadratura de la psicología actual basada en el positivismo se considera como una pseudociencia (Bolognini, 2004).

Sigmund Freud, comenzó con la asociación libre y el análisis de los sueños, para desarrollar la cura del habla, interesándose específicamente en lo que anteriormente se llamaba histeria, hoy en día llamado trastorno de conversión según el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Y en la neurosis, en la actualidad esta clasificación fue desechada por la psiquiatría y aparece en la nosología psicoanalítica reclasificada bajo distintas denominaciones: Afecciones psicósomáticas, neurosis y psicosis. (Etchegoyen, 1986).

La duración de la terapia psicoanalítica puede ser de hasta cinco años, y en algunos procesos aun un poco más; La frecuencia de las sesiones tiende a ser desde una a hasta cinco sesiones por semana, por lo general el paciente está acostado en un diván mientras el analista se sienta atrás de este, en la psicoterapia con objetivos primariamente de apoyo, ocasionalmente tiene lugar más de dos veces por semana y con frecuencia ocurre una vez por semana incluso menos.

La frecuencia está relacionada con el rol de la transferencia, esta se intensifica a medida que la frecuencia de las sesiones aumenta, ya que los tratamientos más expresivos se centran en la transferencia, los tratamientos altamente expresivos tienen una duración en la sesión de 45-50 minutos, y las terapias de apoyo pueden usar un tiempo más flexible (Gabbart, 2002).

La intervención Psicodinámica está enfocada a ser más breve en cuanto al número de sesiones, que podrá ser como máximo de 20 con una duración aproximada de 50 minutos; (Fonagy, Rott & Higgitt, 2005). Está orientada a siete categorías: 1.- interpretación, que es la forma más expresiva en el tratamiento, la interpretación es considerada como el instrumento decisivo fundamental del terapeuta (Greenson, 1967, citado en Gabbart, 2002). 2.- Confrontación, es la intervención que se dirige a algo que el paciente no quiere aceptar, está destinada a clarificar como la conducta del paciente lo afecta, la confrontación por lo general es amable. 3.- Clarificación, comprende una reformulación de las verbalizaciones para que resulte más coherente. 4.- Estímulo a la elaboración, es una solicitud de información acerca de un tema en específico mencionado por el paciente. 5.- Validación empática, es la demostración de la buena relación con el terapeuta con el estado interno del paciente. 6.- Consejo y elogio, el consejo se refiere a las características que deberá tener el paciente respecto a su conducta, y el elogio reforzará ciertas conductas del paciente.

7.- Afirmación, son los comentarios breves hacia el paciente hacia su conducta o comentarios (Gabbart, 2002).

Una analogía se presenta en Granados “Se trata de romper ciclos, la idea es romper paradigmas y modelos, se trata de variar y desvariar las disposiciones y tendencias del juego de ajedrez complejo e interminable que llamamos vida” (Granados, 2013, p. 1).

La estructura en que se basa este tipo de terapia obliga a realizarse de forma presencial, ya que el terapeuta también requiere poner atención a los detalles en la presentación del paciente, como es la vestimenta, su andar, y expresiones corporales, sin bien el modelo tradicional requiere del uso del diván, y de un consultorio propio, los terapeutas pueden modificar estas características para una mejor adecuación de la sesión, por lo tanto, imposibilita al psicólogo que brinda los PAP. Hacer uso total de este tipo de psicoterapia, no es el modelo adecuado para una intervención de PAP, esta sugerido para pacientes con algún tipo de psicopatología donde la psicogénesis es por conflictos que el propio psicoanálisis expresa, y que no está resuelto por el paciente. Sin embargo, existen algunos puntos importantes del cual se puede hacer uso de la terapia psicoanalítica en los PAP, como el conocimiento de los mecanismos de defensa, y la contratransferencia, esta última que es una característica común en los terapeutas (Heinmann, 1961).

Cognitivo conductual

Arnold Allan Lazarus Desarrolla la terapia conductual, que es la forma como describe los métodos de la psicología experimental, en especial las teorías del aprendizaje, a los trastornos de la conducta humana, la proliferación de estudios en esta área resulto muy extensa, y engloba actualmente una diversidad de puntos de vista y amplia variedad de procedimientos (Clifford & Lazarus, 2013).

La crecente aceptación por los psicólogos clínicos, la tendencia en los planes de estudio en las universidades y quienes se dedican a la psicología científica han hecho de este tipo de intervención, una manera estandarizada para tratar las conductas en los individuos, los efectos sobre la conducta, cognición y afecto se evalúan, y modifican los patrones de respuesta en cada uno de estos rubros, de ahí, que de forma generalizada se le llama terapia cognitivo conductual TCC. Por lo tanto, los términos modificación de la conducta, o terapia conductual se engloban en la metodología y combinación de técnicas que tienen un impacto directo en cada uno de estas áreas.

La TCC. Se refiere en específico a la identificación de las creencias, valores, percepciones, atribuciones y verbalizaciones desadaptativas, que se refleja por medio de la conducta y del discurso de los pacientes (Caballo, 1991).

Los fundamentos teóricos de este tipo de intervención están abiertos para la adaptación de los diferentes abordajes, quedándose en propuestas generales; las características principales de la terapia cognitivo conductual son las siguientes: 1.- Es una actividad psicoterapéutica basada en la psicología del aprendizaje, fundamentadas en la psicología científica como un punto de referencia. 2.- Los procedimientos y técnicas utilizados tienen su base en la científicidad, sin embargo, usan herramientas de otras áreas como la reestructuración

cognitiva, la relajación progresiva, técnicas paradójicas. 3.- El objetivo, es la modificación de la conducta y sus procesos en los diferentes niveles conductual, cognitivo, fisiológico y emocional, susceptible a la medición y evaluación. 4.- La conducta desadaptada se modifica, enseñando conductas adaptadas, modificando los procesos cognitivos en la que se sustenta el comportamiento. 5.- La TCC se maneja en el presente y su referencia conductual actual para su modificación, sin embargo, en ocasiones toma en cuenta el historial para tener una referencia o una contextualización. 6.- Desde su metodología da una explicación de la conducta del sujeto 7.- La evaluación y el tratamiento van a la par en estrecha relación, ya que de esta forma se puede dar la explicación de la conducta y por lo tanto su debida técnica a afrontar. 8.- Evalúa la eficacia de la intervención, valorando los cambios producidos en las áreas cognitivas, conductuales, fisiológicas y emocionales a corto, mediano y largo plazo 9.- La TCC es dinámica y activa, ya que el sujeto interactúa con su ambiente a través de las tareas o ejercicios que le son solicitados (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1993).

La TCC resulta una herramienta muy útil en la aplicación de los PAP ya que no requiere de mucha información histórica del paciente, se enfoca al presente para realizar los cambios pertinentes antes los hechos traumáticos que la persona vive, sin embargo la cuadratura de la metodología no permite enfocar otros elementos que puede ser importantes para el tratamiento dentro de una terapia telefónica, ya que al no tener contacto en vivo con el afectado, se imposibilita el seguimiento de la terapia, existen algunos ejercicios de la TCC que pueden resultar valiosos en la intervención de los PAP, como por ejemplo la reestructura cognitiva, el cambio de creencias y la formación conductual para la aplicación de ejercicios de relajación que son indispensables en los tratamientos de los PAP.

Terapia racional emotiva

La RET (por sus siglas en inglés) se basa en suposiciones en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Es una psicoterapia cognitivo conductual, que fue creada por Albert Ellis, psicólogo estadounidense en 1955, se enfoca en la relación entre pensamientos, emociones y conductas irracionales; que contribuyen en la gran mayoría a las perturbaciones y derrotismos emocionales y conductuales, que crean creencias irracionales distorsionales en los pensamientos (Ellis & Grieger, 1990).

De acuerdo a la teoría de la RET, las personas serán felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, esforzándose por alcanzarlos, teniendo mayor conciencia del mundo social, colocando a la persona en primer lugar y a los otros en un segundo lugar muy cercano. Las personas controlan en gran parte su propia vida. La RET se enfoca en la filosofía del estoicismo, que sostiene que las emociones destructivas son el resultado de errores, en el juicio de las personas, (Ellis & Gieger, 1990). Suponiendo que las personas tiendan a ir directivamente hacia sus metas, lo racional en la teoría de la RET es “lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario, lo irracional es lo que les frena” (Dryden, 1984, p. 238).

La teoría del ABC de las reacciones emocionales y conductuales, establece que las personas directamente no reaccionan emocional y conductualmente ante los acontecimientos de su vida, las reacciones son causas de la forma en que interpretan y valorizan los acontecimientos experimentados.

El ABC indica: A.- Acontecimiento activador, situación externa o interna de la persona como pensamiento, emoción, conducta etcétera. B.- Creencias irracionales, son los pensamientos,

actitudes, costumbres, conceptos valores de la persona. C.- Consecuencias, las reacciones o respuestas del acontecimiento “A” en unión de los pensamientos “B”.

En esta teoría, se enfoca en que las personas tienen tendencias innatas racionales o irracionales, consientes o inconscientes, que generan dificultades emocionales, de la misma forma dan lugar a conductas resultado de sus creencias, y son el foco terapéutico a trabajar desde el inicio del proceso, utilizando las herramientas racionales para contrastar la validez de las creencias.

Este modelo de tratamiento permite al operador telefónico abordar los casos en que se requiera modificar la creencia que está afectando los pensamientos y decisiones del paciente, las herramientas que ofrece este tipo de intervención podrán adaptarse a las distintas circunstancias en que se requiera, si bien las técnicas de abordaje son funcionales no pueden ofrecerse de forma generalizada ya que no todos los padecimientos del usuario son viables para este tipo de atención.

Terapia Sistémica

El modelo de terapia sistémica está basado en la teoría de la comunicación, en la teoría general de sistemas y en conceptos cibernéticos; desarrollado por investigadores en Palo Alto California entre 1952 y 1962 en el instituto de investigaciones mentales (MRI) y no considera a la psicopatología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación en la que se desenvuelve el individuo ya sea familiar o grupal (Feixas & Miró, 1993).

La persona se encuentra inserta en un sistema, siendo los miembros de este sistema interdependientes, por lo tanto, un cambio en un miembro afectara a todos los demás del sistema; el síntoma tiene un valor de conducta comunicativa y es un fragmento que ejerce efectos sobre todos los que rodean al paciente, el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas (Eguiluz, 2004).

Los modelos de terapia convencional, el diagnóstico y tratamiento es para el individuo, en el modelo sistémico es para el sistema, es decir la familia o grupo donde se desenvuelve, por ejemplo, existe una fuente patogénica en las actitudes nocivas de los padres, las conductas contradictorias y confusas pueden provocar ansiedad y estrés en el niño; de esta forma es como se atiende al grupo familiar más que al individuo, lo que permite ser este tratamiento distinto a otros tipos de terapias, el proceso alienta la forma habitual del funcionamiento de la familia, su comunicación, los roles y las reglas que se establecen dentro de ellas, los patrones y las formas de control (Enríquez, 2008).

Este enfoque terapéutico, es el reflejo de una compleja comprensión de la realidad, promueve un cambio de conceptualización del mundo, ya que se deja de estudiar al individuo aislado y hace énfasis en la interacción como una totalidad en un sistema familiar, en donde la

interacción con los miembros del grupo o familia pueden ser las problemáticas de los individuos.

La intervención sistémica cubre los siguientes aspectos: 1.- Define puntual y claramente el problema. 2.- Fija los objetivos a alcanzar dentro de la terapia. 3.- Analiza las soluciones intentadas hasta el momento. 4.- Define las estrategias para el cambio. 5.- Evalúa la eficacia y corrige las estrategias de afrontamiento (Minuchin & Fishman, 1981).

Los instrumentos con los que cuenta la terapia de sistemas son: 1.- Entrevista circular, se resaltan relaciones y diferencias, Involucra por lo menos a tres personas. 2.- Realiza dramatizaciones y escenificación de pautas familiares en vivo. 3.- Hace esculturas familiares, que son técnicas activas procedentes del psicodrama. 4.- Prescripción de tareas con fines diagnósticos. 5.- Elaboración de genogramas. 6.- Test familiares (Montalvo, Andrade & Pérez, 2014).

El modelo de terapia no está orientado al proceso de intervención telefónica ya que involucra a los miembros del grupo o familia, de forma presencial, el operador telefónico no puede hacer uso de esta teoría en su labor diaria, sin embargo se pueden usar algunas herramientas como la elaboración de genogramas que le permitirán hacer un mapa o un historial familiar para describir las relaciones, los eventos principales y las dinámicas de la familia, para abordar con mayor precisión los aspectos primordiales de la intervención telefónica.

Terapia breve

La terapia breve tiene varias líneas terapéuticas desde los enfoques psicoanalíticos hasta los transpersonales pasando por las terapias cognitivo conductuales, surge como una valiosa alternativa de intervención de bajo costo y de resultados favorables en la práctica clínica. Es una estructura terapéutica, que aborda las problemáticas de los pacientes. Se considera como una intervención primaria mas no limitativa para los problemas específicos tales como excesos o déficits conductuales concretos y dificultades emocionales causados por la incapacidad para la toma de decisiones (Dulmus & Wodarski, 2002). El objetivo es ofrecer a los pacientes, herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes.

La terapia breve orienta hacia el logro del insight como objeto principal en la psicoterapia Psicodinámica (Bellack & Siegel, 1983), muestra interés en el aquí y el ahora de la terapia conductual y establece una relación terapéutica empática de la terapia centrada en el cliente. Se identifican y usan un amplio número de modelos en las terapias breves (Epstein & Brown, 2002), entre ellos la terapia Psicodinámica breve (Garske & Molteni, 1985), que incluye algunos elementos como el contrato terapéutico, tareas entre cada sesión y establecimiento de límites. La psicoterapia expresiva de apoyo (Luborsky, 1984), es un enfoque de terapia Psicodinámica adaptada al consumo de sustancias; la terapia breve de familia, utilizada desde enfoques diversos, al igual que la terapia breve de grupo (Kristen, 1999; Epstein & Brown, 2002) y otras terapias cuyo enfoque se centra en la solución de problemas, la realización de tareas, aproximaciones cognitivo comportamentales y la intervención en crisis (Dulmus & Wodarski, 2002).

La terapia breve es una opción que ayuda a los pacientes a comprender que ellos son quienes originan sus problemas emocionales y conductuales incitados por sus propias creencias; en consecuencia, son ellos quienes pueden cambiarlos (incremento de la tendencia motivacional y de la intención de cambio) (Golfried, Greemberg & Mamar, 1990), Por esto, se fijan metas para encontrar razones y modificar o interrumpir sus comportamientos problema a partir de sus pensamientos e identificar las situaciones con mayor probabilidad de la psicogénesis de la conducta problema, para desarrollar estrategias que les permita enfrentarse a ellas.

Las características generales de la terapia breve son: 1.- Terapia de tiempo limitado y corta duración: máximo cinco sesiones de 45 a 60 minutos. Fija una meta en un marco temporal como parte del proceso terapéutico, aumentando la motivación del consultante y con esto evita su pasividad y dependencia (Sánchez & Gradolí, 2002). 2.- La terapia breve aborda el presente más que en la historia del paciente, se tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo. 3.- Incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio, los pacientes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas (Maddux, 1995; Bannink, 2007). 4.- Trabaja la cognición y la emoción para lograr el cambio, las valoraciones, las expectativas y otros constructos cognitivos desempeñan un papel importante en la emoción; por tanto, se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales (Eich, Kihlstrom, Bower, Forgas & Niedenthal, 2003). 5.- La terapia breve tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental, se lleva al paciente a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados (Vogel, Wade & Hackler, 2008).

Por el tipo de intervención y forma, este tipo de terapia se ajusta a las necesidades de atención tanto para la población que requiere de atención psicológica como para los operadores telefónicos, ya que permite adaptarse según las necesidades de los pacientes, el uso de las herramientas de la terapia breve aunadas con los modelos tradicionales permite un abordaje práctico, eficaz y completo para la sesión telefónica, que va más allá de los PAP, dando una integración en la atención.

Transdisciplina

Hablar de interdisciplina y transdisciplina, como modalidades cognoscentes y explicativas, se requiere previamente definir, explicar el sentido que se otorga a esas mismas actividades, pero antes de ellas, a sus ramas teóricas madre, la filosofía y la epistemología. Es decir, la secuencia conceptual será la siguiente:

Filosofía → Epistemología → Interdisciplina → Transdisciplina

En este documento de investigación se pretende realizar una aportación a los procesos de intervención psicológica en el modelo del Call Center, con una propuesta interdisciplinaria y transdisciplinaria; interdisciplinaria al conjuntar diversos paradigmas y modelos, primordialmente el que deviene del enfoque Transpersonal, y transdisciplinaria al complementar y trascender esquemas y métodos, específicamente los del modelo de pensamiento occidental, con la definición de los antecedentes heurísticos, en primer lugar, la Filosofía y posteriormente la Epistemología.

Filosofía

En una definición elemental, se comprende a la filosofía como la actividad reflexiva, cuestionante y analítica de la realidad, del entorno natural, social y del ámbito humano. Una modalidad cognoscente que permita mediante la observación y el análisis una comprensión sobre los elementos fuera y dentro de lo humano.

Otro acercamiento a la noción, es proporcionada por Brugger, que enuncia sobre el proyecto filosófico lo siguiente:

Con esto nos da a entender que el hombre nunca posee de manera perfecta la comprensión definitiva de todo, que eso es la sabiduría, sino que lucha siempre anhelante por ella. [...]

Más allá de éste conocimiento, el hombre se siente impulsado en todos los ciclos hacia un saber seguro, sistemático, detallado y dotado de claridad lógica, acerca de lo real, precisamente hacia la filosofía científica. (Brugger, 1983, p. 250).

Por lo tanto, el saber cómo un proyecto interminable, donde el conocimiento sólo será parcial, fásico, en devenir, siempre en construcción y perfeccionamiento, nunca acabado ni cerrado.

Una definición un poco más etimológica, clásica, pero no por ello falta de sentido, la proporciona Ferrater Mora, quien menciona:

La significación etimológica de “filosofía” es “amor a la sabiduría”. A veces se traduce “filosofía” por “amor al saber”. [...]

En tanto que conocimiento a la vez teórico y práctico, propio del llamado sabio, es menester tener en cuenta en cada caso a qué tipo de conocimiento se refiere el filosofar. (Ferrater, 2004, p. 1270).

Se podrá comprender a la reflexión filosófica, como la actitud genuinamente interesada por entender lo que es, la realidad, la persona y la naturaleza. No se trata de un saber meramente contemplativo, sino que la teoría explicativa filosófica llevará o tendrá que llevar a la pragmática y a la praxis.

Entonces, es pertinente la interpretación de Ferrater para esta propuesta por contener esos dos elementos:

1.- La existencia de un interés genuino por el conocimiento, por la persona, su bienestar y la atención psicológica que le sea necesaria. 2.- El Saber no se quedará en mero fetiche contemplativo, sino que podrá y deberá ser aplicado al Ser y sus problemáticas.

La reflexión permite la comprensión de la problemática del paciente, y proporciona herramientas para la dinámica terapéutica de intervención.

Tras la acotación de la reflexión madre, se aborda el paradigma epistemológico.

Epistemología

La Filosofía tiene diversos paradigmas en cuanto a la especificidad del objeto de estudio, de ahí que dependiendo del ámbito de interés analítico serán el respectivo paradigma filosófico. Algunos de ellos: Lógica, Ética, Estética, Política, y la que se inserta para esta parte de la investigación, la Epistemología.

Bajo un acercamiento básico, la Epistemología es el paradigma filosófico enfocado en analizar los límites, criterios, problemáticas y alcances de la categoría conocimiento. La Epistemología es entendida como la disciplina que se encarga del estudio de los ámbitos, restricciones y posibilidades del saber.

Un señalamiento de Abbagnano, es:

“Es sinónimo de filosofía de la ciencia. Las dos acepciones están estrechamente vinculadas, pues el problema del conocimiento, en la filosofía moderna y contemporánea, se entrelaza (y a veces se reduce) al problema de la ciencia.” (Abbagnano, 2012, p. 380).

Con esta idea, la epistemología se enfoca en el estudio, no solo del conocimiento, sino que también analiza los componentes y requerimientos de la actitud y actividad científica.

Una mención especial la aborda Granados “Desde nuestra perspectiva, la Relación Epistemológica -la Pretensión de Verdad o búsqueda de referente empírico para las hipótesis en torno al fenómeno de estudio- es uno de los elementos que más se ha descuidado en la Filosofía” (Granados, 2011, p. 6).

Disciplina, Interdisciplina y Transdisciplina

Disciplina es entendida como el proceso que desarrolla, refina, complejiza y profundiza procedimientos, teorías, o métodos. Refiriéndose a la modalidad opuesta, Aronso señala qué: “En el modo tradicional, la organización cobra un perfil jerárquico que desarrolla estructuras durables y homogéneas...” (Aronson, 2003, p.4).

El avance de las disciplinas científicas ha ido a la par de los procesos de diferenciación e integración, que han abarcado determinadas áreas relativamente cercanas, en algunos por el objeto de estudio, o de las actividades humanas que la han integrado. Así es como han surgido algunas formas que rebasan ciertos límites del conocimiento disciplinario, aunque no ha sido por completo, es como surge la interdisciplina y la transdisciplina.

La interdisciplina es cómo se organiza el conocimiento, donde los métodos que han sido utilizados con éxito dentro de una disciplina, se transfieren a otra, introduciéndolos en ella sobre la base de una justificación, que pretende siempre una ampliación de los descubrimientos posibles o la fundamentación de estos. Como resultado, se puede obtener una ampliación y cambio en el método transferido, o incluso un cambio disciplinario total, cuando se genera una disciplina nueva, con carácter mixto, como es el caso de la terapia familiar, que toma métodos de la antropología, la psicología, la sociología y los aplica a la familia. Otro tanto ocurre, aunque con una estructuración formal diferente, en ciencias como

la bioquímica, y otras cercanas a los dominios tecnológicos, la robótica, y campos aplicados (Pérez & Setién, 2008).

La transdisciplina es una forma de organización de los conocimientos que trascienden las disciplinas de una forma radical. La transdisciplina se entiende haciendo énfasis a: 1.- lo que está entre las disciplinas, 2.- lo que involucra a todas ellas, y 3.- En lo que está más allá de ellas (Olivé, 2011).

En la transdisciplina las interpretaciones coinciden en que los conocimientos científicos se nutren y aporten una mirada global que no se reduzca a las disciplinas ni a sus campos, que vaya en la dirección de considerar al mundo en su unidad diversa. Que no se separe, aunque se distingan diferencias.

La transdisciplina representa la aspiración a un conocimiento lo más completo posible, que sea capaz de dialogar con la diversidad de los saberes humanos, es por eso el diálogo de saberes y la complejidad son inherentes a la actitud transdisciplinaria, que se plantea el mundo como pregunta y como aspiración.

La transdisciplina no renuncia ni rechaza las disciplinas. Solo las tergiversaciones lo hacen. Basarab Nicolescu (2006). Menciona que disciplina, interdisciplina, pluridisciplina y transdisciplina, son todas como flechas de un mismo arco, el arco del conocimiento Humano (Basarab, 1996).

La transdisciplina aspira a un conocimiento relacional, complejo, que nunca será acabado, y aspira al diálogo y la revisión permanentes. Este último principio se basa en la capacidad de percepción. Como señala Von Foerster (1990). No existe un único punto de vista (disciplina), por el contrario, múltiples visiones de un mismo objeto, la realidad

puede ser vista como un cubo de múltiples caras o niveles de realidad. La transdisciplina no elimina a las disciplinas lo que elimina es esa verdad que dice que el conocimiento disciplinario es totalizador, cambia el enfoque disciplinario por uno que lo atraviesa, el transdisciplinario (Von, 1990).

La comprensión de que la transdisciplina enfatiza el “ir más allá” de las disciplinas, trascenderlas, concierne entonces a una indagación que a la vez se realice entre las disciplinas, las atraviese, “el a través de”, y continúe más allá de ellas. Su meta por lo tanto cambiara, ya no se circunscribe en la disciplina, sino que intenta una comprensión del mundo bajo los imperativos de la unidad del conocimiento (Basarab, 1996).

Psicología Transpersonal

Antecedentes

En la década de los sesentas en el contexto de la cultura predominantemente del materialismo económico y al notarse insuficiente las teorías psicológicas como el conductismo y el psicoanálisis para tratar las psicopatologías, y el humanismo como eje rector de la tercera fuerza psicológica, da pie a una nueva psicología llamada psicología transpersonal y que refiere más allá de la personalidad. Abraham Maslow se pronuncia por llamarla la cuarta fuerza psicológica en una conferencia en 1967 en san francisco E.U.A. al referirse a la psicología transpersonal, Maslow y Sutich fundan la psicología transpersonal una nueva corriente psicológica cuyo objeto de estudio es la potencialidad y las capacidades humanas relacionadas con los estados esenciales y básicos del ser (Sutich, 1969).

La psicología transpersonal se centra en el estudio de la conciencia y sus estados no ordinarios del cual no hay facilidad para expresar y definir, es un constructo que se centra en la vivencia, experiencia y que registra en un funcionamiento consciente que es transcendido por los límites de la identidad individual en el espacio y tiempo, la naturaleza de esta conciencia es intangible, fuera del absolutismo, no es mental y si transpersonal y transmental (Pintos, 1996).

Las psicologías occidentales y occidentalizadas adolecen de un cientificismo simplista que se manifiesta en una realidad física ingenua, existen enfoques psicológicos explicativos, que no por ser relegados y excluidos por las hegemonías académicas, dejan de poseer sentido, verdad y eficiencia. Entre ellas la psicología transpersonal.

Una definición básica de esta Psicología esbozada por Abbagnano, que considera una visión holista, complementaria y comprensiva de esta disciplina, siendo entendida de este modo:

“La disciplina que tiene por objeto el alma, la conciencia o los hechos característicos de la vida animal y humana, sea cual fuere la manera en que tales hechos se caracterizan más tarde con la finalidad de determinar su naturaleza específica. En efecto, a veces tales hechos se consideran como puramente “mentales”, o sea, como “hechos de conciencia”, otras veces como hechos objetivos u objetivamente observables, esto es, como movimiento, comportamiento, etcétera; pero en todo caso, la exigencia a la que estas definiciones responden es la de delimitar el dominio de la indagación psicológica al círculo restringido de los fenómenos característicos de los organismos animales y, especialmente del hombre.” (Abbagnano, 2012, p. 871).

Por lo tanto, la psicología transpersonal como la actividad de análisis, no solo de los hechos y procesos animales, sino también de los humanos y a su vez de los transpersonales es una definición de psicología bastante compleja, profunda y completa, y a la vez básica, que no se restringe a los ámbitos biológicos o contextuales, sino que reconoce los elementos más cualitativos y a su vez esenciales del Ser, que permite comprender y atender a los pacientes, con enfoques y herramientas que no consideran los enfoques tradicionales de intervención psicológica.

Dentro de la terapia transpersonal las experiencias internas son estados de conciencia elevados, en los que se dispone de las funciones fisiológicas normales junto con los atributos de la experiencia, sumados algunas características transcendentales que en suma colocan de manifiesto el entendimiento del propio paciente que lleva a un acercamiento, aceptación, comprensión de la realidad individual del él mismo.

Abordando a Granados dentro de este mismo concepto transpersonal.

El organismo se define por su tipo y nivel de interacción entre su propio Ser y el ambiente. Y se define, porque esa actividad de interacción será la acción primordial desde la cual el humano vive, se desarrolla, percibe -awareness, consciencia inmediata e implícita de campo-, y reflexiona -consciousness, consciencia reflexiva, operación reflexiva de la mente-, sobre lo interactuado. La interacción -el proceso de relación dinámica, creativa y cambiante- pone en entredicho la rigidez esquemática de las interpretaciones poláricas (externo-interno, mente-cuerpo, etcétera) (Granados, 2013, p. 214).

Es decir, la comunión de cuerpo-ambiente, da como resultado la experiencia, que se añade a la conciencia, dando entonces el desarrollo del Ser.

Este tipo de intervención transpersonal, da una ampliación de la conciencia con respecto a las terapias tradicionales, incorporando la espiritualidad como una herramienta de búsqueda interna del paciente, y su significado (Wilber, 1996).

La psicología transpersonal es por lo tanto el estudio psicológico de las experiencias transpersonales y sus correlaciones, a las experiencias son marcadas como elementos trascendentes en que la sensación de identidad en sí mismo se extenderá más allá de la individualidad misma del paciente, esta psicología se ocupa de los estudios empíricos e interpretativos de la correcta implementación y responsabilidad de los mecanismos a desarrollar dentro de la terapia, se encarga además de la autorrealización, de la máxima toma de conciencia sensorial para dar un giro significativo a la estructura del paciente para así dar una solución interna propia de él, para salir de la problemática o psicopatologías del cual aquejaba en el paciente.

Este nuevo paradigma surge entonces como la respuesta a la necesidad de cubrir esos espacios que otros tratamientos psicológicos no podían cubrir, ya sea por la misma forma de trabajar o por las limitantes de sus propias herramientas, esta nueva fuerza, supone entonces, la transcendencia de lo humano por encima de aquellos límites de la propia identidad, y sus experiencias alcanzando niveles superiores de conciencia (Walsh & Vaughan, 1993).

Para poder alcanzar estos elevados estados de conciencia, se logra bajo la autoobservación, reestructura los contenidos emocionales del pasado, tanto recientes como añejos y aunque en ocasiones dentro del proceso se manifiesten crisis, miedos, dudas, es parte del proceso del cual se requiere experimentar para librar en su momento, con una catarsis que libere las ataduras del pasado que no permitían la libre manifestación del Ser.

Esta cuarta fuerza surgida en el campo psicológico que se emplea para el desarrollo de las capacidades y potencialidades del Ser, y que por sus características no tiene cavidad en el positivismo conductual de la primera fuerza, y que con la teoría freudiana como segunda fuerza no logra explicar, y que la tercera fuerza, el humanismo le hace empuje para tratar aquellos tópicos que difícilmente no logra abarcar, así emerge la terapia transpersonal sujeta a interpretaciones respecto a su contenido, forma y tratamiento a una aceptación de la internalización de sus contenidos teístas, naturalistas sobrenaturalistas (Sutich, 1969).

Si bien Maslow menciona por primera vez el término “psicología transpersonal” esta no tiene un solo líder (Pintos, 1996). Esta nueva corriente psicológica está basada en los trabajos de algunos autores que aportaron herramientas significativas, como William James que reconoce la existencia de un “Yo” espiritual, interno y subjetivo mucho más dinámico que el “Yo” material o social, a través de sus experiencias místicas escribió.

Resulta evidente que el yo superior es aquella parte de nuestro ser que es contigua o adyacente a un algo más de cualidad similar que puede actuar en el universo exterior, que es capaz de mantenerse en contacto con él y en cierto modo sujetarse a la tabla de salvación mientras el yo inferior se hace pedazos y naufraga (James, W. En Rowan, 1997, p. 220).

Otro de los autores que fue primordial como antecedente del nacimiento de la psicología transpersonal es Carl Gustav Jung, en su obra menciona que todas las personas comparten el inconsciente colectivo y que el modelo de las representaciones internas son parte del contenido de este inconsciente y cimentación de las experiencias transpersonales (Jung en Pintos, 1996). Los estudios realizados sobre los sueños, mitos y diversas simbologías de creencias, que si bien no son los tópicos actuales de la psicología transpersonal como la alquimia, el tarot, la astrología etcétera, si sirvió como base para el estudio de lo espiritual o transpersonal, esta idea centrada en los estudios de que existe más allá de “algo”, de lo que formalmente es visible o comprobable, de las imágenes de las modalidades universales de la experiencia y comportamiento humanos, son los principios de su aporte para la psicología transpersonal (Jung en Pintos, 1996). Por lo tanto, las experiencias basadas en los antepasados como una imagen grabada en una herencia dentro de la psique manifestada simbólicamente con imágenes, sentimientos de personajes creados míticamente (Pintos, 1996).

Abraham Maslow es uno más de los creadores de la psicología transpersonal, fue uno de los representantes del humanismo, su teoría de la motivación se basa en la categorización de las necesidades del ser humano, la famosa pirámide de las necesidades humanas, describe la satisfacción de lo más básico en el sentido fisiológico, hasta culminar con el desarrollo

potencial del Ser (Dadidoff, 1988). Maslow como fundador de la corriente humanista no niega la conciencia como objeto de estudio y menciona.

Este punto de vista no niega en modo alguno la visión freudiana, sino que la amplía y complementa, simplificando al extremo la cuestión, es como si Freud nos hubiera manifestado la mitad enferma de la psicología, y nosotros tuviéramos que llenar la otra con la parte sana. Quizá esta psicología del ser humano sano nos proporcione más posibilidades de mejorar nuestras vidas y de hacernos mejores personas (Maslow en Rowan, 1997).

En la psicología transpersonal Stanislav Grof, es uno de los autores más importantes de esta corriente, siendo psiquiatra y psicoanalista, e investigando sobre los alucinógenos con el fin de comprender los mecanismos de la esquizofrenia, logra descubrir fuera del campo fisiológico las experiencias de las matrices perinatales, que es la transcendencia de la realidad en un conjunto de experiencias y recuerdos que se comunican con distintas fases de la vida, trayendo una carga emotiva muy fuerte, es la puerta que abre los diversos episodios en los que se ha vivido en distintas escalas y que se precipitan en acontecimientos en la experiencia actual de la persona, esto lo lleva al estudio del proceso espiritual y psíquico, destacando el potencial terapéutico desarrollando posteriormente la respiración Holotrópica, método que se utiliza para alcanzar estas experiencias sin el uso de sustancias psicotrópicas (Grof, 1994).

Por otro lado, en un intento de unir la psicología con la espiritualidad Ken Wilber, desarrolla una visión de la conciencia estableciéndolo en distintos niveles, grados de intervención, ya que la personalidad humana es una representación de los distintos niveles evolutivos de la conciencia. Es una idea del espectro de la evolución de la conciencia, como forma de acercamiento multidimensional a la identidad del hombre (Wilber, 2000). De esta forma

incorpora un paradigma a los estudios de la espiritualidad llevándolo a varios niveles de su estudio.

Los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) han dado su aporte de forma empírica a la psicología transpersonal, surgen como una necesidad no cubierta de la manifestación de las emociones en forma de discurso, desde la tribuna de cada sala de AA, en un formato de anonimato, junto con la norma no escrita de no juzgar, ni criticar lo que ahí se expresa. La historia de AA, surge en Estados Unidos en la década de 1930, como continuación de un movimiento de grupos integrados por individuos de raza blanca protestante, y de clase media, el programa se funda en creencias y prácticas que ha conseguido gran penetración a nivel mundial para aquellos que desean dejar de beber, es uno de las agrupaciones más reconocida como elemento mundial en el tratamiento del alcoholismo (Room, 1993).

Los grupos de AA comienzan en 1935 en Akron, Ohio, como el resultado del encuentro de Bill W., un corredor de bolsa de Nueva York, y el Dr. Bob S., un cirujano de Akron. Ambos habían sido alcohólicos sin esperanza. Cuya trascendencia resulto en la plática y desahogo de sus emociones como forma catártica de curación para sus problemas de alcoholismo. Antes de ese momento, Bill y el Dr. Bob habían estado en contacto con el Grupo Oxford, una sociedad en su mayoría no alcohólica que hizo hincapié en los valores espirituales universales en la vida diaria. En ese período, los Grupos Oxford en América, estaban encabezados por el clérigo episcopal. Bajo esta influencia espiritual, y con la ayuda de un amigo de antaño, Ebby T., Bill, había logrado su sobriedad y luego había mantenido su recuperación trabajando con otros alcohólicos (Galanter, 2008).

Cuando el Dr. Bob y Bill se encontraron, el efecto sobre el alcoholismo fue inmediato. Bill hizo hincapié en que el alcoholismo era una enfermedad de la mente, emociones y cuerpo.

Este hecho importante de que había aprendido del Dr. William D. Silkworth del Hospital Towns de Nueva York, en la que Bill había sido a menudo un paciente. Aunque un médico, el Dr. Bob no había conocido el alcoholismo como una enfermedad. En respuesta a las ideas convincentes de Bill, pronto dejó de beber, no volvió a beber de nuevo. La chispa de fundación de Alcohólicos Anónimos había nacido (Gutiérrez, Juárez, Andrade, & Jiménez, 2007).

Ambos se pusieron inmediatamente a trabajar con los alcohólicos en el Hospital de la ciudad de Akron, donde un paciente alcanzó rápidamente la sobriedad completa. Aunque el nombre de Alcohólicos Anónimos aún no había sido acuñado, estos tres hombres constituyeron el núcleo del primer grupo de AA. En el otoño de 1935, un segundo grupo de AA, fue tomando forma gradualmente en Nueva York. Una tercera se inició en Cleveland en 1939. Se había tardado más de cuatro años para producir 100 alcohólicos sobrios en los tres grupos fundadores (Gutiérrez, 2014).

A principios de 1939, la Comunidad publicó su libro de texto básico, “Alcohólicos Anónimos”. El texto, escrito por Bill, explicó la filosofía y métodos de AA, el núcleo de las cuales era los ya bien conocidos “Doce Pasos de recuperación”. El libro también se vio reforzada por las historias de casos de una treintena de miembros recuperados. A partir de este punto, el desarrollo de AA fue rápido. En 1939, el Cleveland Plain Dealer publicó una serie de artículos acerca de AA (cleveland.com. 2016). El grupo de Cleveland de sólo veinte miembros fue inundado por innumerables peticiones de ayuda. Alcohólicos sobrios solamente se establecieron unas semanas para trabajar en casos nuevos. Este fue un nuevo punto de partida, y los resultados fueron exitosos. Unos meses más tarde, miembros de

Cleveland había ascendido a 500. Por primera vez, se ha demostrado que la sobriedad podría ser producida en masa (Cleveland.com. 2016).

4to y 5to paso A.A (Alcohólicos Anónimos)

El modelo tradicional de A.A. se basa en la literatura de la organización, y está dirigida y controlada por la Oficina de Servicios Generales (OSG) de A.A. de Nueva York, a su vez en México por la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. Sin embargo, debido al tratamiento largo y la falta de toma de decisiones de los miembros, así como la fuerza de voluntad de muchos de los integrantes de A.A. es como desde hace varias décadas se ha fragmentado y por así poderlo llamarlo desvirtuado el protocolo de acción hacia el tratamiento de la enfermedad del alcoholismo, han surgido varios grupos con diferentes “técnicas” entre ellos las granjas o anexos, que son lugares de hacinamiento, maltrato físico y psicológico con el fin de que siendo “encerrados”, los adictos puedan salir recuperados, estas granjas ha sido muy criticada por los mecanismos con los cuales trabajan estas agrupaciones (Vera, 2013).

Otras de las modalidades de trabajo que se basan en los principios y literatura de A.A. son los grupos de 4to y 5to paso, estos grupos han surgido como una forma de trabajo eficaz, corta y directa para el manejo de la enfermedad del alcoholismo, que también se ha integrado tratamientos empíricos para otras psicopatologías asociada con distintas adicciones, la labor de estos grupos es más espiritual y transpersonal, ya que están basados en la historia del individuo desde su infancia, hasta la fecha actual, el modelo de trabajo es criticado, ya que es muy directivo, con lenguaje soez, malinterpretándose como autoritario y de poco tacto, asumiendo un maltrato y otras características espurias, sumándole la poca ética de algunos

grupos creados al vapor que desvirtúan el trabajo de rehabilitación con fines meramente económicos (Cacho, 2009).

Las características de 4to y 5to paso están unificadas de viva voz, entre los grupos no hay una referencia oficial ya que cada grupo ha surgido del “nacimiento” que se logra con cada “experiencia”, es una tradición que se pasa de padrino a padrino, el siguiente fragmento es la explicación que se puede ofrecer de lo que hace un 4to y 5to paso.

¿Que son los grupos de 4to y 5to paso?

En este tipo de grupos de 4° y 5° paso se trabaja bajo el programa de recuperación de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, con la particularidad de que antes que la persona pueda acudir a sus pláticas de recuperación en su agrupación, primero debe realizar su 4° y 5° paso del programa:

4° paso- Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

5° paso- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

Para esto, se deben de tomar previamente 7 platicas de preparación a fin de que el "escribiente" tenga plena conciencia del trabajo que va a realizar, posteriormente se va a un retiro en donde se realiza el 4° y 5° paso, esta actividad se lleva a cabo por lo regular en un lugar apartado de la civilización en donde asegurando el anonimato de la persona, se le brinda la seguridad y confianza para que, con calma, con disposición, sin prejuicios y con toda honestidad haga su inventario moral.

Dada la importancia de realizar este inventario personal de nuestras vidas con toda sinceridad, es necesario crear las condiciones ideales, para esto, el trabajo en estos

retiros se lleva a cabo por medio de la experiencia personal de compañeros que ya han vivido esta experiencia con la intención de brindarle a la persona que está escribiendo el apoyo y la ayuda necesaria para que se sensibilice y pueda recordar y escribir todo aquello que durante su vida lo ha atormentado; todas aquellas frustraciones, miedos, resentimientos, depresiones, etcétera, y que lo han orillado a beber, a drogarse, a comer compulsivamente, a ser neurótico, a tener una vida sexual descoyuntada, etcétera. Es decir, a fugarse en algo que momentáneamente lo tranquiliza del sentimiento de culpa que lo aqueja.

Hay que recordar que antes de ser un alcohólico o drogadicto o comedor compulsivo, etcétera. Se es un enfermo emocional, es decir, se es alguien incapaz de vivir en paz consigo mismo por lo que se busca algo que alivie esa ansiedad y ese tormento mental, este aliciente puede ser el alcohol, la droga, el sexo, la comida, la neurosis, y que al paso del tiempo va destruyendo a la persona física y mentalmente destruyendo así hogares, empleos, amistades, etc. llegando en muchos de los casos a la muerte si no se busca ayuda a tiempo.

En esta experiencia, básicamente se trata de encontrar el origen de nuestros defectos de carácter que se han descoyuntado, para esto se ha adoptado una relación universalmente reconocida de los principales defectos humanos conocidos como los 7 pecados capitales (soberbia, ira, lujuria, pereza, avaricia, envidia y gula), y que han desembocado en frustraciones, ansiedades, miedos, prejuicios, resentimientos, etcétera, es descubrir donde, cuando y donde se descoyuntaron nuestros defectos de carácter en todos los aspectos de nuestra vida (sexual, material, emocional y social), para que una vez detectados se esté en posibilidades de afrontarlos y controlarlos y

por consiguiente poder vivir en paz con nosotros mismos y con las personas a nuestro alrededor (amigos, cónyuges, hijos, padres, compañeros de trabajo, etcétera).

Es tener un encuentro consigo mismo y verse sin mascarar ante todo aquello que nos ha dañado o a quienes hemos dañado con nuestra forma de vivir.

En la gran mayoría de los casos, esta experiencia resulta ser la respuesta a muchas de las preguntas que la persona tiene consigo mismo ya que es un encuentro personal y de frente con todas aquellas cosas, hechos y personas con las que no se ha podido vivir en paz.

Una vez realizado este inventario moral honestamente y de habérselo leído a otra persona, llega por lo general un alivio indescriptible que sienta las bases para una nueva forma de vida en donde se está en condiciones de afrontar situaciones que en el pasado eran imposibles de resolver, de volver a convivir con personas a las que se les ha guardado resentimiento, odio o rencor durante mucho tiempo. Es decir, la persona se libera de todas aquellas losas emocionales que lo hacían víctima del alcohol, la droga, el sexo, la neurosis, la comida o cualquier otra dependencia enfermiza.

La experiencia es fuerte, se requiere de mucho valor y honestidad ya que nos enfrentamos a nuestro peor enemigo: nosotros mismos, pero vale la pena si se tiene un deseo sincero de dejar de sufrir, de cambiar nuestra forma de vivir, y sobre todo un deseo de dejar de dañar a las personas que decimos querer.

Cabe destacar que dicho inventario moral debe de hacerse con toda sinceridad, sin ocultar ningún hecho o emoción por muy vergonzoso que pueda ser o parecer, de esto

depende que la persona se libere de sus cargas emocionales, si no se es lo suficientemente honesto consigo mismo es muy probable que se tenga una recaída y no se deje de sufrir ya que esos sentimientos de culpa y resentimientos van a seguir ahí.

A este tipo de grupos puede acudir cualquier persona que crea ser víctima de sus emociones y que quiera recibir ayuda para controlar y manejar su manera de vivir, que tenga el deseo sincero de dejar de sufrir física y mentalmente, esto incluye a personas con problemas de alcoholismo, de neurosis, de drogadicción, de sexualidad o con la comida, etcétera.

Una vez vivida esta experiencia espiritual se estará en mejores condiciones de adoptar el resto del programa de recuperación de A.A. (Alcohólicos Anónimos Grupos de 4to y 5to paso Específico. julio 19, 2016).

La intervención psicológica empírica de los grupos de 4to y 5to tienen similitudes con la práctica transpersonal, el enfoque espiritual como herramienta de ayuda para el fortalecimiento del libre discurso, así como el inventario personal en todos los aspectos de la persona y la catarsis surgidas por la descarga emocional, permiten para cualquier persona que esté en condiciones de mejorar su calidad de vida, ya sea que sea alcohólico o no, o tenga algún otra adicción o simplemente desprenderse de lo que lo aquejumbra, es el mejor método de afrontar los miedos, el requisito que espera este tipo de agrupación por parte de los “escribientes” (personas de nuevo ingreso) es reconocer que se tiene un problema, desear cambiar para superar esa crisis y ante todo mucha honestidad, ya que se hablan de puntos muy difíciles, íntimos y delicados, pero que con una buena disposición se podrá crear este ambiente donde surja la catarsis y enfrentar aquellas personas hechos o circunstancias que

han producido el dolor en los “escribientes” que han decidido vivir esta experiencia, es una psicología practica continua y directa de 48 horas, este modelo de intervención toma las herramientas del inventario personal, la catarsis y el acompañamiento terapéutico que se pueden ofrecer de forma controlada en un consultorio psicológico, y que con experiencia y conocimiento de las técnicas de intervención en crisis y de PAP pueden integrarse como un modelo de intervención vía telefónica el cual es la propuesta de esta tesina.

Capítulo 2. Propuesta de intervención en el Call Center UNAM: Modelo confrontativo-reflexivo-transpersonal

La siguiente propuesta de intervención psicológica, pretende servir a los pacientes que ocupan el servicio del Call Center UNAM, que han recibido PAP y que requieren posteriormente una intervención breve, o para aquellos usuarios que sin la necesidad de una intervención en PAP buscan una atención a sus problemas vía terapia psicológica telefónica, ya que algunos usuarios difícilmente por las condiciones geográficas o de presupuesto están impedidas en recibir atención psicológica y con este modelo recibir una atención de calidad.

Metodología

Participantes

Se atendieron 172 casos del Call Center UNAM, desde agosto del 2015 hasta junio del 2016 de los cuales 72 usuarios se atendieron en el modelo tradicional de intervención del Call Center, 100 se intervino con la propuesta de este trabajo de investigación, y de ellos se tomaron los 10 casos más significativos como muestra para el presente trabajo. Para la intervención telefónica los participantes estuvieron en un rango de edad desde los 20 años hasta los 51 años, con diferentes actividades y escolaridades que van desde la primaria hasta la maestría, el tipo, fue un muestreo no probabilístico.

Instrumento

Aplicación de la propuesta transdisciplinaria de modelo de intervención terapéutica telefónica en el Call center UNAM, dentro de sus instalaciones de la facultad de psicología en el edificio “C” cubículo 209 en Ciudad Universitaria de la Ciudad de México. Adaptándose esta propuesta según condiciones del protocolo de atención telefónica en la realización de entrevista, encuadre, intervención y seguimiento.

Tipo de estudio

Estudio de caso descriptivo, ya que se ocupa de la descripción de las características que identifican los diferentes elementos, componentes, y su interrelación.

Diseño de investigación

El diseño empleado se aloja en los criterios del modelo cualitativo doxográfico-dialectico ya que se lleva a cabo a través de la búsqueda bibliográfica para el sustento de la praxis en el sentido epistemológico, además de la dialéctica en el sentido práctico, inter y transdisciplinar, se desarrolló el presente trabajo con un grupo de pacientes escogidos por la importancia y complejidad de los casos, no se contó con un grupo control, y se realizó la intervención previa con los mismos protocolos de atención del Call Center.

Capítulo 3. Procedimiento

Las llamadas que entran en el Call Center se reciben conforme van entrando, no existe ningún criterio en específico para su selección, y el operador que esté disponible en ese momento contestara la llamada, si la llamada requiere de atención de PAP se pone en marcha el protocolo de intervención, posterior en los seguimientos, es donde se inicia la propuesta para el procedimiento de intervención, que es el siguiente.

Encuadre

Al timbrar cualquiera de los teléfonos convencionales que se tienen se contesta la llamada con la salutación y el encuadre de esta forma:

*“Call Center UNAM buenos Días / tardes le atiende: (se menciona el nombre del operador)
¿Con quién tengo el gusto? (Se anotan los datos generales del usuario).*

Se le pregunta si su llamada es de primera ocasión o tiene cita con algún operador, si es de primera ocasión se le menciona el siguiente encuadre:

“Este es un servicio gratuito de atención psicológica con un horario de lunes a viernes de 8:00 a 18:00, vía telefónica enfocado a terapia breve y de emergencia con una duración de 40-50 min. Con una sesión a la semana y como máximo de 6 a 8 sesiones, no atendemos casos legales, psiquiátricos, ni a menores de 16 años, es totalmente confidencial, la atención la recibirá con el mismo terapeuta, y tendrá una tolerancia de 15 min. Para el seguimiento sus datos son confidenciales.” (Call Center UNAM 2015).

¿En qué puedo ayudarle? (se define el motivo de llamada).

Dependiendo del caso en la llamada es como se abordará, ya que hay situaciones donde solo se requiere algún tipo de información específica como centros de atención psicológica

presenciales, teléfonos de otras dependencias, o solicitan algún tipo de asistencia psiquiátrica los cuales son canalizados a los centros de servicio que puedan ofrecerles la atención según los directorios de los estados de la República Mexicana.

En la situación de que la llamada sea un caso de atención para primeros auxilios psicológicos se procede a reducir el estado crítico haciendo uso de las técnicas de desactivación básicas como la contención emocional, la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson (Arcos et al., 2013). Que se mencionan en el procedimiento actual del Call Center.

En este proceso se valora el estado emocional en el que se encuentra el usuario, así como la capacidad del individuo para la comunicación.

Se pregunta y se anota en el cuaderno del operador acerca de los antecedentes, aspectos principales que conforman la situación problemática anticipar las posibles consecuencias a las que dará lugar el conflicto.

Anticipar a las consecuencias que pueden aparecer tras el problema.

Se potencializan los recursos que el usuario tiene para afrontar la situación y se consideran formas de amortiguar los elementos de riesgo que pudieran complicar su caso.

Detectar los estilos de afrontamiento del usuario.

Durante esta fase el operario deberá de contar con asertividad dentro de la comunicación para expresar las preguntas de cómo podría solucionarse tal situación, las preguntas sugerentes son, por ejemplo:

¿Dónde estaba cuando ocurrió...?, ¿Qué fue lo primero que hizo... y después?, ¿Qué es lo que escuchaba, oía y veía?, ¿Recuerda algo significativo?, ¿Quién estaba presente, de qué forma le ayudó?, ¿De qué forma le afecta en su vida?, ¿O cree que esta situación le pueda afectar en su vida? De igual forma se profundiza en los pensamientos con preguntas de este tipo: ¿Qué fue lo que pensó durante la crisis?, ¿Cuándo terminó la situación qué fue lo que pensó en hacer?, ¿Qué es lo que más le preocupa ahora?, ¿Existe algún pensamiento recurrente?

Basado en esto, se dirige la conversación haciendo énfasis al momento presente y ayudar a resolver el problema, sin olvidar los detalles de pasado y futuro cercano como contexto para atender el caso.

Se profundiza en los sentimientos.

¿Qué ha sido lo más difícil para afrontar esta situación?, ¿Cómo se ha sentido desde que ocurrió todo esto?, ¿Cómo se siente ahora?

Se podrá referir a eventos pasados para conocer la forma en que se ha abordado anteriormente en momentos de crisis.

¿De qué forma ha resuelto anteriormente sucesos similares?, ¿Qué elementos le han ayudado en el pasado para afrontar problemas?, ¿Qué cosas le han ayudado específicamente ante estas situaciones?, ¿Cuenta con alguien de confianza?

Una vez que se tiene los datos del paciente y haber realizado los PAP. Se le cita a la misma hora y mismo día de la próxima semana para continuar con la sesión.

Segunda sesión

Una vez contestado el teléfono al paciente y después de la salutación se le pregunta sobre los aspectos importantes de la semana, para que describa hechos o circunstancias significativos y se anotan en la libreta de casos, además de que esta entrevista es parte del rapport ya que se hace suponer y confiarlo con su discurso que el paciente está mucho mejor, se toma en cuenta que esta segunda sesión tiene otro contexto y otra forma de cómo se expresa y actúa el paciente según su discurso, se está más tranquilo(a) y con mejor disposición ya que el momento de crisis ha sido superado, se pueden realizar algunos comentarios que quizá puedan estar un poco fuera de lugar, como comentar alguna noticia general escuchada en la televisión o la radio, o comentar acerca del clima, del tráfico, etcétera con el fin crear un ambiente de empatía y confianza, logrado esto, se le hace un siguiente encuadre explicando cuales son los alcances de la intervención, el tiempo aproximado y los probables resultados obtenidos, se suma además realizar el contrato terapéutico, esta herramienta es importante ya que logra la adherencia al tratamiento, cabe destacar que cada caso es distinto y se le puede dar un encuadre que se adecue a su situación, un ejemplo puede ser el siguiente

Segundo encuadre

Se le menciona al paciente.

“Me da gusto que tu semana haya transcurrido mucho mejor desde la última vez que nos oímos, te escucho mucho mejor de como estabas hace siete días, sabía que lograrías superar este trance por el cual te encontrabas y que te sentirás mucho mejor con la intervención que obtendrás por este medio”

Para el contrato terapéutico un ejemplo sería el siguiente.

“Antes de continuar necesito que estés de acuerdo con la intervención a seguir, te recuerdo que nadie resolverá tus problemas, ni el psicólogo, ni un psiquiatra, ni un médico. Estamos aquí para ayudarte a que tú mismo(a) encuentres la solución a tu problemática, te ayudare con ciertas herramientas para que salgas pronto de esta situación y tomes alguna decisión y puedas superar con éxito este trance, de mi parte, te ofrezco, mi puntualidad, para las siguientes sesiones, mi experiencia, conocimiento, y herramientas para que prontamente te recuperes, de tu parte que ¿puedo obtener? (si el paciente no menciona nada se podrá agregar) ¿Crees que te puedas comprometer contigo mismo(a) con la puntualidad, de seguir las sugerencias y tareas que en algún momento pueda dejarte, además de ser constante en tu trabajo terapéutico?

Por lo general los pacientes mencionan la aceptación de compromiso para seguir con el tratamiento, se realiza una exploración de la problemática anotando en una libreta (libreta de casos) toda la información relevante al paciente, además se explora con mucho tacto los antecedentes en su vida hechos o personas significativas desde que tiene uso de razón, tocando las diferentes áreas sexual, emocional, familiar, laboral, educacional, con el fin de detectar que, o quienes pudieron afectar significativamente en el paciente, esta segunda intervención se le menciona que va hacer un inventario de situaciones clave en su vida, aquellos momentos significativos para bien o para mal, el operador se enfocara a obtener el mayor número de información respetando siempre el anonimato del paciente y no forzándole a que describa los hechos, en ciertas circunstancias por cuestiones de moral y educación existen pacientes que no se atreven hablar de temas sexuales u algunos otros incómodos, en estos casos se debe de tener bastante empatía y crear un ambiente de confianza y camaradería adaptándose el operario a su circunstancias, expresándole que respeta esa decisión sin

embargo es importante conocer ciertos aspectos ya que son parte del mismo tratamiento, se le puede dar una analogía como en el ejemplo siguiente.

“Entiendo perfectamente que ese aspecto de tu vida te dé pena platicarlo, sin embargo, te recuerdo que es totalmente confidencial y privado lo que aquí estamos tratando, platicar de estos puntos es importante ya que me da un aspecto de tu situación, es como si un automóvil se descompusiera y no permitieras abrir el capó para revisar que es lo que tiene, a simple vista será más complicado saber que se tiene y que no se puede adivinar”

Una vez anotado los puntos relevantes de su situación se insiste nuevamente en preguntar si hay algo pendiente, o que por pena no se haya dicho para poder tener toda la información que sea importante.

Se le explica al paciente que toda esta información es parte del tratamiento y que en sesiones posteriores se abordaran todos estos puntos con el fin de encontrar la psicogénesis de la problemática abarcado desde distintos puntos, que, si bien no están relacionados con el problema, si puedan tener una influencia que sea importante para la consulta.

Se finaliza la sesión con tres puntos primordiales 1.- Hacer saber al paciente que está en buenas manos y que juntos se podrá salir de la situación que le abruma 2.- El paciente está consciente del compromiso adquirido ya que es su salud mental la que está en juego 3.- Se le deja una reflexión sobre lo mencionado para que en la próxima sesión se pueda trabajar sobre esto, y que pueda también recordar o mencionar aquellos puntos de los cuales no pudo expresar, se realizara un ejercicio de relajación e imaginación guiada con el fin de sensibilizar al paciente en este tipo de técnica.

Se cierra la sesión preguntándole si tiene alguna duda o algún comentario que desee expresar, se le felicita con el buen trabajo realizado y se le recuerda que es importante continuar con la cita puntualmente, que todo poco a poco podrá arreglarse, que tiene mucho potencial dentro de sí y que es solo se trata de que tenga la disposición de seguir trabajando.

Tercera sesión

Previamente durante la semana el operador habrá analizados todos los elementos que se apuntó en la libreta de casos, habrá tenido tiempo para deducir según el criterio psicológico que hechos o acontecimientos son los más relevantes o importantes, que tiene mayor significación, que personas son las que han influenciado para la toma de decisiones, ya sea de forma directa o indirecta, es un trabajo de deducción, un complejo armado de rompecabezas, ya que habrá situaciones en que el paciente oculte, como mecanismo de defensa, y el operador deberá estar muy atento en descifrar el tono de voz, las pausas, la entonación, el ocultamiento de nombres, la poca o mucha referencia de personas o familiares, el discurso largo para algunos temas y el discurso muy corto para otros, y en ocasiones la utilización del confrontamiento en el sentido de usar el método socrático para que el paciente pueda describir las situaciones, en algunos casos es importante realizar algún familiograma y sugerir al paciente alguna propuesta para la solución de problema vía diagrama de flujo, herramienta que consiste en dibujar un diagrama e ir anotando por parte del paciente una lluvia de ideas tan realistas o fantasiosas como sea posible, con el fin de calificar una a una con los pros y contras de cada elemento de esta lluvia de ideas.

Una vez levantado el auricular y realizando la salutación correspondiente se le indagará respecto a sus dudas, pensamientos extraños o recuerdos insistentes o fijación en alguna persona u hecho, se realizará un ejercicio de relajación y e imaginiería guiada, en este sentido es importante realizar preguntas de los lugares que le agradan, como bosques, playas, campo, etcétera. Ya que en estos ejercicios se le guía al paciente por el lugar que haya elegido, siendo precavidos en el aspecto de las claustrofobias o aberraciones a ciertos lugares, el cual servirá como previo para la catarsis, dicha acción no se le mencionara al paciente ya que se requiere la espontaneidad de las emociones que en ese momento florezcan, una vez realizado el ejercicio de relajación y dentro de la imaginiería guiada se le menciona que visualice a la persona objeto de su enojo, trauma, etcétera, que la atraiga hacia el (ella) que la invite a sentarse frente al paciente, se le menciona que esa persona está sin ningún tipo de empoderamiento, que no le causara daño alguno, y que solo está para escuchar lo que tiene que decirle, se le pide al paciente que exprese lo que tiene que decirle, en el lenguaje y tono que desee, es importante resaltar esta característica, ya que verbalizando con palabras altisonantes se logra una mejor desahogo y controlar el dolor (Love, 2012). Se espera que el paciente pueda verter todo su dolor a través de su discurso, se le guía para que no guarde u olvide nada y pueda hablarle a la persona que le hizo daño recordando hechos o situaciones que previamente el paciente a descrito.

La catarsis (Catharsis) es un proceso que permite una descarga y alivio de la tensión emocional del paciente la palabra catarsis se deriva de la palabra griega que se traduce como "limpieza" o "purificación" (Encyclopedia Britannica, 1999-2000). La mayoría de las definiciones hacen hincapié en dos componentes esenciales de la catarsis: el aspecto emocional (fuerte expresión y el procesamiento emocional) y el aspecto cognitivo de la

catarsis (visión, nueva realización, y la conciencia perder el conocimiento) como resultado un cambio positivo. Aristóteles definió la catarsis como "purga del espíritu de las ideas o emociones mórbidas y de base al presenciar el juego de este tipo de emociones o ideas en el escenario" (Aristóteles, 2001, p. 1458). Breuer y Freud describen la catarsis como un proceso corporal involuntaria, instintiva, por ejemplo, llorar (Breuer & Freud, 1974). Schultz y Schultz (2004) siguieron la tradición psicodinámica y la catarsis definen como "El proceso de reducción o eliminación de un complejo recordando que a la conciencia y permitiendo que se exprese" (Schultz & Schultz, 2004, p.506). La Asociación Americana de Psicología (2007) también asocia la catarsis con la teoría Psicodinámica y la define como "la descarga de los afectos conectado a eventos traumáticos que previamente habían sido reprimidos por traer estos eventos de nuevo en la conciencia y volver a experimentar ellos" (Asociación Americana de Psicología, 2007, p. 153).

Scheff (2001) hizo hincapié en los dos componentes esenciales de la catarsis: descarga emocional-somática y la conciencia cognitiva que llamó "distanciamiento", cuando la catarsis personal que experimenta está manteniendo el papel de "observador" en lugar del participante, lo que implica una sensación de control, y completa el estado de alerta en el entorno inmediato de la persona. Scheff indicó que es más común que hacia el final de la descarga somática y emocional, reviva acontecimientos e ideas olvidadas. Hay un poco de confusión y malentendido sobre la definición y la interpretación de catarsis: algunos de los investigadores perciben la catarsis como descarga emocional, equiparándolo con el comportamiento de expresar emociones fuertes, algunos hacen hincapié en el aspecto cognitivo y la nueva conciencia que emerge después de haber revivido eventos traumáticos del pasado.

La catarsis es realmente el estado de curación del paciente, todos los ejercicios previos conllevan a este estado, donde el paciente da una descarga emocional capaz de aliviar, entender y superar las problemáticas que le han perturbado.

Posterior a este estado se le pide al paciente que realice un acto de perdón y aceptación, ya que tiene relevancia en el trabajo terapéutico del paciente, tiene un potencial beneficioso que aporta a los pacientes, parejas y familias (Prieto, Carrasco, Cagigal, Gismero, Martínez, & Muñoz, 2012). Se continúa guiando al paciente de forma imaginativa que se acerque al sujeto objeto de su daño para perdonarle, disculparle por sus actos, abrazarlo y despedirse con un beso en la frente o mejilla, si es que el paciente lo permite, y sin más palabras que se aleje, se realizan ejercicios nuevamente de respiración y relajación progresiva ya que la manifestación de sus emociones ha tensado y agitado su respiración, logrado esto se le reintegra al lugar escogido por el paciente (playa, bosque, campo), terminado este paso se le reincorpora a su realidad despertándolo con un conteo del uno al cinco, se le pregunta ¿cómo se siente?, en este aspecto por lo regular los pacientes hacen pausa, no expresan palabra alguna, ya que están somnolientos, acaban de despertar de una realidad donde han confrontado con el objeto de su problema, algunos pacientes reportan cansancio y desgano ya que están muy relajados, es por tal motivo que se le pregunta de su sentir, además de conocer cuál es la experiencia que se lleva, si está dispuesto a cambiar su actitud ante la vida, se cierra la sesión no sin antes preguntar si tiene dudas de lo vivido y recomendándole que durante la semana analicen lo vivido para reportarlo a la siguiente sesión.

Cuarta sesión

Una vez levantado el auricular y después de realizar la salutación, se le pregunta al paciente ¿de cómo se siente?, ¿cómo ha sido su semana?, y con cuales aspectos se podrá empezar a

realizar los cambios conductuales en su vida, dependiendo del tipo de problemática, se le dejan ejercicios para cambios de hábitos en un contexto conductual, es decir cambios físicos en su entorno y vida, como por ejemplo, cambiar el peinado, la forma de vestir, el acomodo de los muebles, el color de las paredes de su casa, las rutas de transporte etcétera, en esta sesión en el abordaje psicoeducativo, se le explica cuáles son los elementos que se le sugiere que cambie, además de su justificación, al final de la sesión se le pregunta si hay duda de lo que se le sugirió, o en el mejor de los casos se le pide que repita verbalmente las tareas encomendadas para que no existan dudas de lo que se le encomendó, además se puede despedir con una pregunta clave ¿Qué es lo que te llevas de todo este proceso? De estas cuatro sesiones ¿Qué ha cambiado en tu vida? Se hace el comentario a sus respuestas y se cierra la sesión.

Quinta sesión

Después de la salutación se le pregunta al paciente sobre lo sucedido en la semana, el cómo se ha sentido, para entonces hay altísima probabilidad que reporte mucha mejoría, que se ría, y haga comentarios positivos, se le pregunta sobre las tareas realizadas, si siguió la sugerencia, y que puede reportar al respecto, en esta sesión se podrá dar de alta al paciente pero dependerá de los ejercicios y de las tareas encomendadas, ya que algunas quizá no alcancen a realizarse en una semana, se podrá dar tiempo para una última sesión sea a dos semanas o hasta tres, si fuera necesario, advirtiéndole que durante ese tiempo podrá llamar con toda la confianza para manejar alguna duda o emergencia que pudiera suceder respecto al trabajo terapéutico que se realiza, se despide de la sesión con mucho mayor empatía, y confianza, y se re agenda la próxima sesión.

Sexta sesión

En esta sesión se podrá solamente hacer un recuento de lo sucedido en el proceso terapéutico, se le podrá recordar al paciente de cómo fue su primera sesión y como se encuentra ahora, haciendo énfasis del excelente trabajo realizado, felicitándole por su puntualidad y entrega al trabajo, recordándole que el servicio queda abierto, y que en este trabajo terapéutico no será necesario darle más seguimiento.

Es importante recalcar el aspecto del contrato terapéutico ya que si por situaciones ajenas al Call Center u al operador, no se le daría seguimiento quedaría en responsabilidad del paciente y no del operador, las situaciones no previstas en este trabajo se podrán resolver directamente con el encargado del programa o con los tutores, de forma muy general se mencionan el proceso a seguir dentro de esta propuesta, sin embargo existen innumerables casos como pacientes, si bien esta propuesta en la gran mayoría funciona, es importante que el operador se encuentra debidamente capacitado y tenga la madurez suficiente para afrontar los casos que se vayan presentando, si bien esta propuesta tiene fundamentos teóricos de varias corrientes psicológicas, es de hacerse notar que la experiencia y conocimiento de “vida” por parte del operador es pieza fundamental en el trabajo terapéutico, ya que en el caso de problemas conyugales, un operador que este soltero o que nunca haya tenido un compromiso formal de pareja, podrá serle complicado replicarle al paciente en algunos aspectos y no será capaz de entender, esta no es una limitante pero si un punto importante para la administración del Call Center, el operario se dará a la capacitación externa de habilidades de vida no solo en lecturas o marcos teóricos, sino a la convivencia y experiencia externa que podrán ofrecerle para tener las herramientas que necesita.

Capítulo 4. Resultados

Los 10 casos representativos son los siguientes.

Caso 1

Nombre del paciente: Lucia (se cambió el nombre de la usuaria por confidencialidad)

Edad: 51 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Divorciada

Ocupación: Vendedora / Hogar

Nivel de escolaridad: Licenciatura

Motivo de consulta: Mala relación con su hija / Discapacidad parcial por obesidad mórbida

Primera sesión: la paciente reporta que continuamente tiene fuertes discusiones con su única hija de 26 años, que ella ha cambiado desde que tiene una relación de noviazgo con un hombre mucho mayor que ella, ya no la atiende, y que no puede hacer nada, puesto que es una persona con discapacidad, debido a su sobrepeso no puede caminar fácilmente, reporta que desde niña fue una persona adinerada y que se casó por locura de juventud, el cual procrea a su única hija que atendió en todos los aspectos, se divorció y al perder también a sus padres poco a poco fue mermando su situación económica, al grado de vivir al día con la venta de plantas carnívoras por internet y en algunas ferias, su discurso es de ensimismamiento y autocompasión.

Intervención

Se le brindaron los PAP según el protocolo del Call Center, una vez recuperada de la crisis en que se encontraba, se le realizó una serie de preguntas específicas sobre la relación de su hija, los probables motivos y circunstancias según han motivado al cambio, ya que reporta que era siempre muy responsable y cuidaba de ella, se le pidió que hiciera una lista escrita de lo positivo y negativo de la relación con su hija, y que describiera tanto a su hija como a ella con sus defectos y virtudes para que pudiera reportarlo la siguiente sesión.

Segunda sesión

Reporta en su lista encomendada una clara inclinación a hablar mal de su hija, señalándola como irresponsable, inmadura y “culeca” por no atenderla como debería, nuevamente conmiserándose de su situación, al solicitarle que leyera la lista propia de sus virtudes y defectos menciona que solo le dio tiempo en escribir los de su hija, ya que se considera una buena madre y amiga de su hija.

Intervención

Se le confronta sutilmente respecto del porque no escribió los puntos de las virtudes de su hija, hace mención que no tiene caso ya que ella es quien está sufriendo y no su hija, que se ha olvidado de las responsabilidades al cuestionarle largamente respecto a los atributos de su hija las respuestas son cortas, pensativas ya que se insiste en que hable de las cosas positivas de su hija, se termina la sesión con datos significativos de la relación de madre-hija.

Tercera sesión

Teniendo la información suficiente y analizada sobre los hechos importantes de la paciente sin hacer más preguntas se realiza la intervención.

Intervención

Se le guía en los ejercicios de respiración, relajación progresiva y se le induce en meditación guiada, se le hace una regresión desde el momento del nacimiento de su hija que recuerde los momentos felices, y significativos, la paciente entra en catarsis empieza a expresar el dolor de su frustración por no tener los recursos económicos suficientes como antes tenía además de maldecir su obesidad. Refiere del daño que le ha hecho al ser posesiva, dominante y chantajista, acepta su miedo al sentir que la pierde al tener un novio y ver la relación que va muy en serio, se ha acostumbrado a ser atendida por su hija y como ella sale con el novio ya no le atiende más tiempo pero si lo suficiente, refleja en su discurso una soledad, y frustración al no tener una pareja, antes de terminar la sesión se le pide que imaginativamente pida perdón a sus hija y se perdone así misma por la falta de tacto en su relación y que pueda desprenderse de esos pensamientos que le afectan, se le guía de nuevo en la respiración y en la relajación, se le “despierta” de su estado y se comenta lo sucedido, reportando mucha mejor mejoría, más libertad como se le quitaran un peso de encima, se le sugiere reflexionar sobre lo sucedido y se le reagenda para una nueva sesión.

Cuarta sesión

La paciente reporta sentirse mucho mejor, y que la relación con su hija ya es más fluida, que ha evitado discutir con ella y ha tratado de entender que ella también fue joven y que como tal en ocasiones se hacen “tonterías de juventud” y que en su momento su madre fue comprensiva y que es ese el papel que quiere ahora asumir con su hija.

Intervención

Se le sugiere que pueda hacer algunos cambios importantes para mejorar la relación, como tratar de no molestar a su hija, por el contrario, tener buena escucha, acercarse para conocer las necesidades de su hija, preguntarle el cómo se siente con la relación con el novio, fortalecer la asociación que tiene en la venta de las plantas, crear un ambiente de empatía en la hora de la comida y cena, tratar de convivir y conocer más al novio de su hija, se le agenda nuevamente su sesión semanal.

Quita sesión

La paciente refiere a que le ha costado mucho trabajar interactuando con el novio de su hija que no es fácil, pero que aparenta no ser una mala persona, confirma que su actitud hacia su hija era precisamente el miedo de que ella se fuera y encontrarse sola, es por eso que la manipulaba, al ser más flexible se demuestra así misma que puede convivir, dialogar y tener acuerdos para una mejor calidad de vida.

Intervención

Se le refuerza, felicitándole por ese gran cambio, y haciéndole ver que el problema no era solo una falta de aceptación de los hechos que estaban cambiando la forma en que convivían, se le nota un tono de voz muy cambiante, con risas y contando anécdotas divertidas de su hija, se le reagenda para una última sesión.

Sexta sesión

En este caso la paciente ya no se comunicó en el día y hora señalados, volvió a llamar tres semanas después solo para reportar que habían cambiado significativamente su relación con su hija, que tenía mucha mayor comunicación y que se había convertido en su confidente agradeció los servicios del Call Center y de un servidor, esperando llamar posteriormente solo para saludar.

Caso 2

Nombre del paciente: Mariana (se cambió el nombre de la usuaria por confidencialidad)

Edad: 37 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Ocupación: Psicóloga Clínica

Nivel de escolaridad: Maestría

Motivo de consulta: Visiones y sensaciones paranormales

Primera sesión

La paciente no requirió de PAP ya que se refiere a solamente poder hablar con otro colega basado en la confidencialidad del servicio, reporta ser psicóloga cognitivo conductual en un hospital privado, sus colegas tiene esa misma formación, sin embargo se ha metido a la lectura de la corriente humanista, ya que menciona que no todos sus pacientes se pueden manejar únicamente en lo conductual, ha practicado la meditación considerándose una

persona espiritual, menciona que las últimas semanas ha tenido visiones de rayos de luz “angelical” y visto algunas formas que podía referir como ángeles, tiene miedo de mencionarlo a sus colegas ya que no se lo aceptarían, que una persona como ella manifieste estos síntomas, en su historial no reporta ningún antecedente propio o familiar de esquizofrenia u otro trastorno psicofisiológico, busca atreves del servicio del Call Center solo ser escuchada sin ser criticada ni juzgada, no se considera enferma y muy por el contrario es admirada dentro de su círculo profesional, por ese motivo tiene miedo a ser despedida de su trabajo, cree que en el universo hay “cosas” de las cuales no tiene explicación, fenómenos que son difícil de explicar y de mostrar.

Intervención.

En esta primera sesión solo se le brinda una escucha activa.

Segunda sesión

A la paciente se le interroga respecto a la posibilidad de encontrar algún daño biológico, trauma o referencia medica que pueda dar un cuadro psiquiátrico, sin embargo su discurso es natural, abierto, de camaradería con cierto temor a ser juzgada, cree que la psicología no puede dar una respuesta al fenómeno que vive y que además no le causa ningún daño, ni miedo, por el contrario esta fascinada con las experiencia y cree que teniendo un enfoque distinto hacía con sus pacientes podría llenar ese hueco que dice tener durante la terapia que realiza, ya que le interesa seguir en la práctica clínica, unos de los aspectos importantes a que refiere, es que hay un tabú para manejar estas experiencias, no hay un psicólogo que se preste para escuchar, y por eso solicita que pueda usar este tiempo para el dialogo y la contrastación sin ser señalada o diagnosticada con alguna patología.

Intervención.

Entrevista respecto a sus relaciones familiares, sociales, con el fin de obtener mayor información.

Tercera sesión

Se le sugiere un inventario de vida catártico es decir una expresión de emociones en una imagería guiada.

Intervención

para la paciente no le cuesta trabajo realizar los ejercicios de respiración y de relajación muscular y la inducción fue mucho más rápida ya que ella a diario medita, en su inventario habla de su familia con amor, respeto y agradecimiento ya que sus padres siempre la han apoyado en sus decisiones refiere a ser una persona disciplinada y responsable con mención honorífica en su titulación, una relación de noviazgo sin problemas y un ambiente social que califica de bueno ya que se lleva bien con todos sus compañeros en el hospital procede a una experiencia sublime como la describe ya que se siente invadida por una luz blanca y una paz interior, una vez que “despierta” reporta sentirse mucho más segura, y agradece la escucha activa ya que a sus palabras lo necesitaba el ser escuchada y guiada, se le agenda la siguiente sesión.

Cuarta sesión

El discurso de la paciente es mucho más empática y de buen humor, no reporta ese miedo a contar esas experiencias, y que está decidida a seguir estudiando otros enfoques terapéuticos ya que cree que podrán llenar ese vacío que existe en ocasiones con sus pacientes al no poder intervenir en la experiencia vivencial, se le sugiere tener tacto con las personas a quienes

pueda platicar de sus experiencias ya que es cierto que muchos psicólogos debido a su formación estricta, se lo podrán mal interpretar, se da de alta al paciente, no sin antes ella agradece por la escucha y la guía para superar esos miedos, ya que comprende que es algo muy personal.

Caso 3

Nombre del paciente: ANA (se cambió el nombre de la usuaria por confidencialidad)

Edad: 41 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Ocupación: Profesora de primaria

Nivel de escolaridad: Licenciatura

Motivo de consulta: Inseguridad en su relación de pareja

Primera sesión

La paciente no requiere de PAP solicita servicio de atención psicológica, por lo tanto se le permite el libre discurso, verborrea, reporta que empieza a tener una relación de pareja con Mauricio al cual conoce desde hace 6 meses, se considera bonita, encantadora, de igual forma considera su novio como inteligente, carismático, prudente, la problemática que reporta es su inseguridad a la relación, ya que no se “acomoda” a los compromisos de su pareja, él es un hombre divorciado con una hija de 13 años y la cual la ex esposa lo chantaje con su hipocondría, esta situación altera a la paciente sintiéndose insegura.

Intervención

Su tono de expresión en autoalabanza y ensimismamiento pronostican un psicopatología de narcisismo, de empoderamiento, que quizá lleve al chantaje emocional y de ahí probablemente la psicogénesis de su problemática, se le confronta por qué solo habla de ella misma y de sus atributos, así mismo, de lo mal que sus ex parejas la han tratado, se le cuestiona el porqué de su ensimismamiento, se le es firme en el discurso ofrecido haciéndole ver que ese tipo de pensamiento narcisista y posesivo es el origen de sus problemas, ya que todo espera que gire alrededor de ella, que se le dé la atención y se le acepte lo que ella menciona, se le re encuadra y se le exponen los puntos que se deben de respetar, que la sesión no es una plática más de una tarde de “café”, que existe una situación del cual ella conoce pero que le cuesta trabajo reconocer, se le deja una escritura de cualidades y defectos con el fin de que pueda “detectar” sus puntos débiles y sus fortalezas se le agenda su próxima sesión.

Segunda sesión

La paciente reporta que realizó la tarea encomendada leyendo su lista, enuncia tener más virtudes que defectos y que no entiende el por qué los “hombres” actúan de esta forma, asume que como terapeuta estoy entrando en el mismo juego de todos, de manipulación, y de no entender su situación ya que ella es una excelente persona y que no estoy entendiéndola en su situación.

Intervención

Se le confronta de nueva cuenta haciéndole ver que lo que menciona es el reflejo de sus propio inconsciente y que continuamente manipula la información para hacerse sentir que ella tiene el control, que no permite que nadie pueda corregirla, pero que está en juego la

terapia, que la intervención no es, ni ser parte de sus problemas, por el contrario es una ayuda que se le brinda de forma neutral, esperando solamente pueda hacer cambios significativos en su vida, se le da un discurso respecto al narcisismo, sus características y se elabora un marco de referencia respecto a cómo actúan las personas que no pueden o no quieren reconocer sus errores, la actitud de la paciente es en ocasiones de berrinche, mencionando continuamente que no se le está entendiendo, por lo cual, se le ofrece que pueda cambiar de operador para que otro psicólogo pueda seguir atendiéndole, recalcándole que cualquiera que le pueda dar seguimiento será con la misma intervención, la paciente “refunfuña” y se le es directivo en el sentido de que no puede seguir en la misma línea de actuación, todavía nos queda un par de sesiones y no vamos a echarla a perder solo por un capricho, se termina la sesión y se le pide que reflexione respecto a lo sucedido, se le agenda para la semana siguiente.

Tercera sesión

La paciente reporta que ha analizado su situación, decide quedarse conmigo en el tratamiento, ya que está en condiciones de hacer cambios significativos en su vida, ya que desea tener una buena relación de pareja.

Intervención

Se le pide realizar los ejercicios de respiración y relajación progresiva, posterior se le guía en la imaginería, colocándole en un lugar en donde puede estar hablando con ella misma como si fuera otra persona, permitiendo el libre discurso, la paciente hace un ejercicio de reclamo y de enojo hacia con ella misma, permite liberar el contenido emocional guardado por sus celos e inseguridad, refleja las historias de parejas anteriores de las cuales no había

mencionado, en su catarsis expresa sus frustraciones, termina la sesión con un acto de perdón hacia ella misma y hacía con las parejas de las cuales hizo daño por su manipulación. Reporta sentirse muy aliviada, el tono de voz y de actitud es totalmente distintita muy empática y sonriente, pide una disculpa por ser tan testadura y agradece enormemente la intervención y el haber sido dura con ella ya que eso es lo que esperaba, se le agenda una sesión nuevamente.

Cuarta sesión

La paciente en un tono distinto, manifiesta alegría de poderse librar de esos pensamientos, que ha platicado con su pareja y que entiende perfectamente su situación como padre y persona divorciada, aun así se le dificulta cambiar, pero ya está consciente de lo que no debe de hacer y decir, se le felicita por el gran esfuerzo que ha realizado, se le deja cita abierta para que si en algún momento se sintiera mal de nueva cuenta se le atendería, pasaron más de cuatro meses y la paciente ya no volvió a llamar.

Caso 4

Nombre del paciente: Patricia (se cambió el nombre de la usuaria por confidencialidad)

Edad: 35 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Ocupación: Desempleada

Nivel de escolaridad: Licenciatura

Motivo de consulta: Miedo a salir de su casa

Primera sesión

La paciente refiere que hace tres años empezó a trabajar en una distribuidora de autos en el área de contabilidad, todas las operaciones que realizaba eran normales, nunca sospecho de nada malo, sin embargo a un año de trabajar ahí, la distribuidora junto con el dueño fueron acusados de fraude, la policía la estuvo investigando y fue amenazada por el dueño para quererla involucrar lo cual no acepto, y por desconfianza a la misma autoridad no denunció, este hecho provocó en ella un miedo que derivó a encerrarse y no salir más de su casa por un lapso de dos años, ya que afirma que siempre fue vigilada tanto por las autoridades como por el dueño o gente allegada de la distribuidora, durante la entrevista no era clara respecto a los síntomas de ese miedo a salir a la calle, se descarta un trastorno de agorafobia por no ser coherente con los síntomas, durante ese tiempo de encierro, ha tenido contacto con un abogado el cual le menciona que está libre de todo cargo, que el dueño ya fue detenido y que no está involucrada en ninguna problemática legal, la subsistencia de la paciente se basa en la manutención por parte de sus padres que cubren todas sus necesidades, reporta que ya no quiere seguir encerrada pero tiene mucho miedo a salir de su casa.

Intervención

Se le entrevista con el objeto de obtener la mayor cantidad de datos que se puedan recabar respecto al caso del fraude, además de sus antecedentes familiares, sin embargo durante su discurso no existe algún indicador de alguna patología, se le pide como tarea una escritura reflexiva en el sentido de que plasme los motivos reales por el cual tiene ese miedo, además, que describa las sensaciones que le produce el salir de su casa, se le pide que haga un primer esfuerzo por asomarse a su ventana, que describa las emociones que le produce esta acción, posterior que intente pararse fuera de su casa e igualmente que describa las sensaciones, por

último en la medida de lo posible que dé una vuelta a la manzana anotando en una lista todas las emociones que le provoca estas acciones para trabajarlo en la siguiente sesión.

Segunda sesión

La paciente reporta que solo pudo asomarse a la ventana y que no tuvo el valor de pararse fuera de su casa ya que pueda ser que la estén espiando y que puedan detenerla, al abrir la ventana, reporta que al principio le genero mucho miedo ya que supone que hay gente que le puede hacer daño.

Intervención

Se le pregunta nuevamente en qué situación legal está el conflicto, menciona que su abogado le ha mencionado que no tiene ya ningún problema, ya que se descubrió que las acciones de fraude las originaban desde otro domicilio que el lugar donde ella trabajaba era totalmente legal, que no existían ya cargos contra ella, el dueño de la distribuidora fue encarcelado, la distribuidora como tal ya no existía desde hace dos años, motivo por el cual ya no tenía ningún peligro y que tampoco existió gente que le quisiera hacer daño, con esta información se le pide entonces que se acerque a su ventana que recorra la cortina y que empezara a reportar las sensaciones que percibía en ese instante, hace una pausa, describe lo que hay afuera, comercios en donde entra y sale gente, personas caminando en la calle sin la existencia de nadie que la estuviera espiando, se le pide un momento más de observación con detenimiento viera toda la gente que está afuera, se le pregunto *¿crees que de todas esas gentes hay alguien quien quisiera hacerte daño?* su respuesta fue negativa, se le menciona que sus miedos no tiene fundamentos, se le confronto para que pueda trabajar estos temores, con el análisis efectuado a sus caso no hay fundamentación para seguir en este estado, a través

de la entrevista dinámica se llega a la conclusión de lo que ella está viviendo, es un modo de vida cómodo, ha basado su vida en la falta de responsabilidad y al resguardo de sus padres que tampoco entienden de su miedo, sin embargo, su propia disposición a seguir en la forma como actuaba anteriormente de tener salidas con amigos es lo que le motiva hacer la llamada y solicitar el servicio del Call Center, se le agenda la siguiente sesión.

Tercera sesión

La paciente menciona que ha recapitado respecto a sus miedos y que acepta que no están fundados pero que no sabe cómo afrontar esta situación.

Intervención

Se le confronta de nueva cuenta en un tono directivo, recordándole del abusos a la confianza a sus padres, si tuviera una fobia, los mecanismos fisiológicos pudieran ser otros, se descarta cualquier psicopatología, lo que realmente sucede, es que se ha acostumbrado a tener una vida sin compromisos, excusándose en esos miedos y que ahora qué extraña su vida social está ya en condiciones de trabajarlo, a través del dialogo socrático, la paciente entra en lágrimas, hace un inventario de las cosas que se ha perdido, el tiempo desperdiciado y el abuso hacía con sus papas, en este proceso entra en catarsis y se le guía en el desahogo emocional permitiéndole el libre discurso, al final se le pide que pueda darse esa oportunidad de cambiar, que de forma imaginaria pida perdón a sus padres por el daño ocasionado, una vez que “despierta” de este estado y en otro tono de voz muy distinto la paciente se compromete a realizar un esfuerzo para salir a la calle, se le sugiere que primero salga a la puerta de su casa y en otra ocasión que pueda dar una vuelta por la manzana, que hable con

sus padres y que le mencione que está en terapia psicológica, que pida un apoyo para que la puedan acompañar a salir a la calle, se le agenda una nueva cita.

Cuarta sesión

La paciente reporta sentirse mucho mejor ya que en la semana no solo ha salido dar la vuelta a la manzana, si no que ha ido al supermercado, al banco y otros lugares en compañía de sus padres, se sorprende de las cosas que han cambiado en ese tiempo, y que se siente muy a gusto con este nuevo cambio.

Intervención

Se le solicita haga una lista de los beneficios de salir a la calle versus estar encerrada, que realice una lista de actividades a corto y largo plazo, se le agenda una nueva sesión, además de que ahora ya salga sola a la calle y que reporte las novedades de esta acción.

Quinta sesión

La paciente ha podido salir a la calle sola, se ha encargado de ir por los víveres y contactar otras amistades para ir al cine, menciona que desea pedir trabajo ya que siempre se ha considerado ser buena empleada, un dinero extra no le caería nada mal, confirma que había estado en un error y que desea aprovechar el tiempo, se le agenda una próxima sesión dentro de quince días.

Sexta sesión

La paciente reporta que una amistad la ha recomendado para un trabajo y que se siente con la disponibilidad de poder ya manejarse sin problema por la calle, en estos últimos quince días ha salido a visitar la ciudad, en algunas ocasiones sola y en otras acompañada y se siente agradecida por el tratamiento que se le dio y por la forma directiva en que se abordó el caso, que le hacía falta una cierta dureza para que pudiera entender que está cometiendo un error, se le da de alta, ofreciéndole en cualquier momento alguna intervención si fuera necesario.

Caso 5

Nombre del paciente: Carmen (se cambió el nombre de la usuaria por confidencialidad)

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Divorciada

Ocupación: Gerente de una distribuidora de pollo

Nivel de escolaridad: Licenciatura

Motivo de consulta: Conflicto de pareja

Primera sesión

La paciente refiere a no sentirse a gusto con su pareja ya que lo siente muy alejado y sin interés en la relación, se considera una mujer joven, guapa, divertida, tiene a su pareja “formal”, un hombre de 57 años, menciona que él no está a su nivel, es muy aburrido, a ella le gusta mucho divertirse, salir a tomar la copa, bailar, y hacer nuevas amistades, mientras

que su pareja es muy hogareña, solo se dedica a la lectura y sin ambiciones para el futuro, no sabe de qué forma terminar la relación ya que dice estar con él por lastima, aunque si le tiene algo de estima no se compara con la diversión y gozo que tiene ella los fines de semana.

Intervención

Después de una entrevista detallada sobre sus costumbres y forma de vida, se realiza la intervención, se le pide que confirme que su pareja no es la adecuada ya que lo que busca es otro tipo de relación, ella es una mujer con dos hijos mayores y casados, divorciada, por lo tanto sin compromisos, se le solicita que realice un balance decisional respecto a su vida y su relación, que observe los pros y contras de dejar su estilo de vida o de seguir con él, además que elabore una lista de planes a corto y largo plazo.

Segunda sesión

La paciente reporta no haber elaborado la tarea encomendada ya que ella esta confundida y no sabe si realmente pueda dejar a su pareja ya que le considera tierno, culto y buena persona, que le cumple sus caprichos económicos ya que le sería difícil no seguir con él.

Intervención

Se le abordo de forma confrontativa ya que sus acciones están perjudicando a ella misma y a su pareja, a través del diálogo socrático la paciente acepta que está haciendo mal, y que por eso pide ayuda para que le puedan resolver su problemática, se le reencuadra mencionándole que solo ella podrá salir de esta situación y que es ella la responsable de sus acciones, que no puede lastimar a terceros por su falta de decisión o de compromiso a la relación, respecto a sus planes de corto y largo plazo tampoco los elabora, y se le confronta, al sentirse presionada, manifiesta que la verdad de sus situación es otra, hace tiempo conoció a un

“chavito” de 35 años muy apasionado, divertido y sexualmente muy complaciente, en este joven encuentra y tiene todo lo que con sus pareja no tiene, pero que el único “pero” es que no se compromete a tener una relación seria con ella, por lo tanto se encuentra en una disyuntiva, por una parte tiene a su pareja que le da estabilidad económica y sentimental, y por otra a su nueva pareja que llena los aspectos de su diversión y satisfacción sexual pero sin comprometerse, esa es la realidad de la situación, saberse arrinconada sin poder tomar una decisión, se le indica que elabore con compromiso de entrega, un balance respecto a sus situación que sopesa las ventajas y desventajas de estar en ambas relaciones y que escriba además las consecuencias de seguir en esta situación de doble vida, se le agenda para su tercera sesión.

Tercera sesión

La paciente reporta que le costó mucho trabajo realizar este ejercicio porque no quiere dejar a los dos, son parte importante para su vida, que no está en condiciones de tomar una decisión.

Intervención

A la paciente se le auxilio en los ejercicios de respiración y relajación progresiva, además de se le guía en sus imaginaria, para establecer un contexto, primero de paz y armonía, posteriormente poco a poco inducirle en sus problemática y que pudiera toma alguna solución, en su “trance” se le pide que hable sobre su relación de con su pareja de los momentos bellos y significativos, la paciente empieza a llorar y se da cuenta que le está haciendo mucho daño, que él se ha comportado como todo un caballero, ha sido atento y tolerante para muchos de sus caprichos, tiene una epifanía la cual le hace ver que su nueva pareja no es la indicada, que ya han pasado esos años en que la juventud la podía aprovechar

para una vida liberal, reacciona ante sí misma como una persona que debe de comportarse a su edad, pensar en vivir una vida sin excesos y de entorno familiar, ya que esto fue lo que también provocó su divorcio una década atrás, una vez que despierta de su catarsis en un tono totalmente distinto se compromete a dejar a su nuevo “novio” y a continuar con su pareja, a tratar de subsanar el daño ocasionado, que si bien dice que no se ha enterado, si hay alta probabilidad de que sepa que le ha sido infiel, se le deja una escritura donde pueda registrar los planes que tiene para reconstruir su vida se le agenda la próxima cita.

Cuarta sesión

La paciente habla en un tono totalmente distinto, muy alegre, con mucha empatía, ya que en esa semana hablo con el “nuevo” novio para dar por terminada la relación, que él le contesto que también ya deseaba terminar ya que solo era una relación ocasional, sabían que estaban actuando incorrectamente, los nuevos planes de la paciente es ser más hogareña e involucrar a su pareja aun compromiso más formal, ya que cada uno de los dos vivían en domicilios distintos, que él ya tenía tiempo de solicitarle que vivieran juntos y ella se había negado, además de considerar un viaje a un crucero, del cual él siempre le había solicitado, pero que ella por cuestiones de trabajo y de su otra relación no había aceptado, hace un compromiso con ella misma de hacer esos cambios significativos y rehacer sus vida nuevamente, agradeciendo por le forma directiva en que se le abordó y que era necesario que alguien le abriera los ojos para darse cuenta de lo mal que llevaba su vida, se le da de alta y se le sigue ofreciendo el servicio si fuese necesario.

Caso 6

Nombre del paciente: Miguel (se cambió el nombre del usuario por confidencialidad)

Edad: 45 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Ocupación: Director de un área administrativa de la Secretaria de Hacienda

Nivel de escolaridad: Maestría

Motivo de consulta: Infidelidad de su esposa con su propio padre

Primera sesión

El paciente refiere a tener dos hijos un varón de 11 años y una niña de 4 años, vivir cómodamente ya que tiene un buen trabajo y hasta hace dos meses atrás una vida feliz a la lado de sus hijos y esposa, esta ultima de 37 años, ama de casa, reporta que hace tres años por una plática de familia con sus suegra surgió el tema del padre de su esposa, recordando que ella nunca lo conoció, y que sería bonito saber quién es su padre, su madre haciendo un acto de confesión le menciona que nunca perdió el contacto con sus padre y que si no le había dicho nada es porque no creyó que le hiciera falta la figura paterna, a sus años ya podía enterarse de que fue lo que sucedió y porque nunca le platico de su padre, él fue solo el dador de la semilla, nunca le pidió una relación de pareja ni se comprometieron, la mama solo deseaba tener un hijo y él era el mejor candidato, él se enteró de su embarazo, de recién nacida la conoció, nunca más la volvió a ver, el padre continua su vida, continuamente han tenido comunicación, una que otra vez se han visto, desde esa platica con la madre su esposa

le pidió el número de su padre para conocerse, se hizo una reunión en donde se le conoció, que consideraba esta reunión como una oportunidad para que sus hijos tuvieran también esa imagen del “abuelo”, posterior la relación se fue dando muy familiar, el padre de su esposa cada vez tenía más interacción y convivio hasta que estos contactos se dieron de forma más íntima, su esposa veía muy frecuentemente a su padre ya no en convivencia familiar sino de forma privada, el paciente manifiesta que empezó a pensar mal de esta relación, imaginaba que algo estaba pasando, hasta que en una ocasión motivado por los celos tomo el teléfono de su esposa y checo los mensajes que tenía con su padre, descubre una relación ya no de padre e hija, sino de amantes, el paciente decide averiguar más antes de confrontar a su esposa, deja una grabadora de voz en sus casa mientras él se va a trabajar, al regresar y descubre que en la grabadora explícitamente se escuchaba la voz de ella y de su padre teniendo relaciones sexuales, esta situación le produce un shock al apaciente ya que no sabe cómo manejar la situación, le parecer reprobable que su mujer se acueste con su mismo padre, el paciente describe al sujeto como un “tipo” bien parecido, adinerado, de mundo, con presencia y personalidad, muy bien hablado, todo un “adonis” un viejo bragado, y que el paciente dice estar muy lejos de ser alguien así, confronta a su esposa y ella niega absolutamente todo aun con la grabación, que son sus celos los que lo ciegan, el decide también confrontar al padre, y el responde que le haga como quiera, que no le tiene miedo y que por el cariño que le tiene la familia de su esposa difícilmente le van a creer, ya que el paciente es un don nadie en comparación de él, y que el tener una posición burocrática no lo hace importante, que su esposa se acuesta con él por no llenarla como mujer, el paciente se sorprende de la poca sensibilidad y se frustra al no poder hacer absolutamente nada, ya que de esta relación solo lo saben los tres y que está consciente que si lo platica con la madre de su esposa no le va a creer, y va según a destruir la confianza que existe en esa familia, además

reporta que entra en conflicto ya que en ocasiones él le ha tocado bañar a su hija de 4 años, con lo sucedido ha comenzado a tener un rechazo hacia ella, ya que tiene miedo de que pueda despertar en él una fijación, se siente confundido, frustrado, enojado y sin saber qué hacer.

Intervención

En esta primera llamada no existió la posibilidad de alguna intervención debido a que el tiempo excedió de los 50 minutos solo en la descripción del caso, se le agendó una segunda sesión.

Segunda sesión

El paciente pide ayuda, ya que no sabe cómo resolver esta situación además de no rendir en su trabajo, ya que continuamente está pensando en esta situación, la convivencia con su esposa es nula, escaso el diálogo y sin intimidad.

Intervención

Al paciente a través de la psicoeducación se le explica los procesos emocionales que causan este tipo de situación, el duelo por el cual está viviendo y los efectos físicos que esto mismo provoca, ya que reporta que en ocasiones con solo pensar como están teniendo relaciones le produce náuseas y vómito, se le pide que tome la sesión con mucha responsabilidad ya que los ejercicios serán fuertes pero le servirán para sacar esa emoción contenida, realiza la respiración, los ejercicios de relajación y de imaginación guiada, se le lleva a un ambiente placentero y de confianza, invitándolo a un lugar apacible y reconfortante, se le pide que coloque imaginativamente una silla frente a donde él está sentado, y traiga a su mente a su esposa, que se siente frente a él, ella está en un estado de escucha solamente, no podrá decir

absolutamente nada, solo escuchara lo que él tenga que decirle, se le pide que le platique de los momentos felices como pareja, el cómo se conocieron, cuando se casaron, el nacimiento de sus hijas, etcétera, en los momentos en que expresa mayor emoción el paciente se le guía con los sucesos de la infidelidad y se le “empuja “ a que verbalice el reclamo en un tono fuerte, grosero y despectivo hacia su esposa, él rompe en llanto y su discurso es largo expresando todo su coraje, maldiciéndola y reclamando la infidelidad, la reacción del paciente es muy fuerte, agresivo y directo vertiendo todo el coraje, es de notar que durante esta catarsis en varias ocasiones vomitó, pero aun así no dejaba de expresar sus emociones, de igual forma se le pidió que en esa silla se sentara su suegra ya que también considera que tiene la culpa por la forma en que actuó con su esposa, esta sesión duro más de dos horas por la intensidad de emociones y reclamos que tenía que realizar, al terminar se dio cuenta que no podía seguir en la relación con su esposa, que va a divorciar y salir de esa familia enfermiza como le llama, ya recuperado se le sugiere que perdone a esas personas, el paciente en un acto noble y sincero les perdona y despierta muy distinto, en un tono de voz muy cambiante y tranquilo, se le pide que se hidrate, y se le agenda una nueva cita.

Tercera sesión

El paciente habla en otro tono de voz muy tranquilo, menciona que decide divorciarse, siente que la catarsis fue un momento sublime, no lo esperaba, ni tampoco creía que se pudiera hacer este tipo de terapia, agradece el ser atendido de esta forma.

Intervención

Se le sugiere una escritura reflexiva donde considere los pros y contras de su relación para que pueda tomar una decisión razonada, ya que en un tiempo posterior no crea que comete un error, además, se le sugiere que siga realizando ejercicios de meditación y fortaleza espiritual para no caer en alguna depresión, se le agenda una sesión nuevamente.

Cuarta sesión

El paciente se nota más contento, en otro tono de voz distinto y en proceso de divorcio, no tiene contacto con su esposa más que en lo esencial, y dispuesto rehacer su vida junto con sus hijos ya que la ventaja de trabajar en el gobierno tiene la posibilidad de tener contactos para que le ayuden a tener la patria potestad de sus hijos.

Intervención

Se hace un inventario de lo sucedido se hace hincapié en sus emociones y decisiones tomadas, se reflexiona sobre su futuro y da señales de que la seguridad en sus actos será la mejor forma para el cambio en su vida, se le da de alta y se le pide que nuevamente haga una llamada en un mes para conocer su situación.

Quinta sesión

Al mes de sus intervención el paciente se reporta, expresa que ya está a días de estar divorciado que su esposa se fue a vivir con una amiga y que siguen, teniendo contacto con su padre, le sorprende como su esposa no hizo ningún esfuerzo por quedarse con sus hijos y que la nota “endiosada” con su papa, las emociones del paciente han cambiado gracias a la meditación le permite ir bien cada día, agradece por la atención y menciona nuevamente que no fue fácil que no esperaba que la psicología funcionara de esta forma, que creía que

solamente era platicar su penas, y que la intervención tardaba meses en ver algún resultado positivo.

Caso 7

Nombre del paciente: Juan (se cambió el nombre del usuario por confidencialidad)

Edad: 25 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Unión libre

Ocupación: Vendedor de tamales

Nivel de escolaridad: Primaria

Motivo de consulta: Infidelidad

Primera sesión

El paciente refiere a tener una relación de concubinato con la madre de su hija, la cual tiene 3 años, viven en una casa tipo vecindad propiedad de su suegra, en ella habitan todos los miembros de la familia, incluida su cuñada con la cual tiene una relación de amasiato desde hace seis meses, esta relación comenzó como un “juego” en donde el paciente continuamente la “chuleaba” hasta que en una ocasión le propuso tener intimidad sexual, ella lo acepto y desde entonces continuamente se ven a escondidas, sin embargo el paciente ha perdido el control y ahora se siente muy enamorado de su cuñada, por lo cual ella ya no quiere seguir la relación debido a que el acuerdo solo era meramente sexual, le ha solicitado ya no verlo más, esto ha provocado el encaprichamiento del paciente, motivo por el cual solicita ayuda psicológica.

Intervención

El paciente esta ensimismado y encaprichado con la relación, si bien menciona que nadie de la familia sabe de esto, esta consiente que en su casa habría problemas mayúsculos, los cuales pueden originar a ser corrido y perder la convivencia con su hija, está en un proceso de no escucha, solo espera que le validen lo que él dice, y no se presta al dialogo, se le agenda una nueva cita.

Segunda sesión

Al paciente se le reencuadra en este modelo para que pueda comprometerse con el tratamiento, muy insistente solo pregunta cómo seguir con la relación con su cuñada y al parecer pierde toda dimensión con el problema que puede ocasionar esta relación.

Intervención

De forma directiva y confrontativa, se le hace ver los aspectos con los cuales no está considerado la relación y se le menciona las consecuencias que pueden ocasionar sus actos, tanto con su pareja como con los demás miembros de la familia, este proceso tuvo que hacerse en un tono fuerte, a través del dialogo socrático, se logra un poco de cordura y atención del paciente, se le pide que examine las ventajas y desventajas a través de una escritura reflexiva para que lo mencione en la siguiente sesión.

Tercera sesión

El paciente comenta que no tuvo tiempo en elaborar dicha tarea, que ha tenido nuevamente encuentros con su cuñada a pesar de que ella ya no quiere seguir con la relación, muy insistente pregunta de cómo podrá continuar con ambas relaciones sin que nadie se dé cuenta.

Intervención

En esta ocasión en forma confrontativo se le menciona nuevamente las consecuencias de estos actos, se le habla con analogías y se le pide que pueda tener una intervención más profunda a través de la catarsis, se le muestra cómo debe de respirar y realizar los ejercicios de relajación progresiva, se le guía imaginariamente en un contexto donde se le describe un probable futuro si no abandonara la relación, se le cuenta del enojo de su suegra, del conflicto con su conuño, que si se llegase a enterar podría terminar en violencia, se le describe un panorama trágico. El cual reacciona con llanto, e inmediatamente pide perdón por lo sucedido hacía su esposa e hija, para su cuñada empieza a insultarla diciéndole que es una “puta”, “una zorra buscona” que ella fue quien lo sedujo, que él estaba bien con su familia hasta que su “calentura” arruino todo, llora desesperadamente ya que no quiere perder a su hija que la ama y que por ella dejara la relación, se recupera de la catarsis y se hace una reflexión respecto a lo sucedido, se encuentra confundido y se le da guía y dirección de las actitudes que tendrá que realizar durante la semana.

Cuarta sesión

El paciente mucho más relajado, expresa que pensó respecto a su situación, pero que con solo con recordar a su cuñada le es ya aberrante, que ya no la quiere ver, que ahora hasta se esconde de ella, no explica que es lo que cambio, pero ahora empezó a tener más intimidad con su pareja y de mayor convivencia, se siente extrañado de pensar de cómo pudo encapricharse con su cuñada.

Intervención

Se le hace una reflexión de lo sucedido de las consecuencias que pudo haber tenido, y de lo fuerte que fue la catarsis, ya que esta acción fue el detonante para expresar lo que realmente estaba sucediendo, su otro yo, estaba consciente de que no era una buena relación y solo necesitaba de una guía y dirección para mejorar su vida, se le agenda la siguiente sesión.

Quinta sesión

El paciente ya no volvió a marcar hasta un mes después, el cual expresa su agradecimiento y las intenciones de casarse con su pareja para formalizar y darle una mejor vida a su familia, se le deja cita abierta para que en dado caso que lo requiriera.

Caso 8

Nombre del paciente: Ernesto (se cambió el nombre del usuario por confidencialidad)

Edad: 38 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Unión libre

Ocupación: Policía

Nivel de escolaridad: Secundaria

Motivo de consulta: Infidelidad

Primera sesión

El paciente refiere a que tiene problemas con sus esposa, motivo de posibles infidelidades, ya que ella trabaja en la corporación policiaca y conoce perfectamente, que todos hombres y

mujeres “se tiran la onda” que nadie esta absuelto de que suceda, no sabe cómo responder ante esta situación, reporta que hace 6 meses su relación era normal, sin problemas, él cómo policía da lo necesario para su familia, sin embargo su esposa por querer tener una mejor calidad de vida le sugirió que la metiera a trabajar a la corporación, ya que sus hijos pueden ser cuidados por su mama y al trabajar ella, tendrá otro sueldo que le permitirá tener un dinero extra para mejorar su situación, él le menciona que no piensa dejarla trabajar, y menos en la corporación ya que sabe que todos las compañeras tarde o que temprano terminan teniendo relaciones sexuales con los comandantes y compañeros, que definitivamente no lo va a permitir, debido a los reclamos y chantajes, jurándole por sus hijos que ella no va ser infiel, que aunque “juegue con fuego no se va a quemar”, el paciente accedió y la recomendó con sus superiores, cubriendo diferentes turnos, lo cual provoco que casi ya no se vieran porque no coincidían en sus horarios, al poco tiempo, el noto ciertos cambios en su persona, como un mejor arreglo, situación que él reclamo, ya que le menciona que es policía, mas no edecán, poco a poco las actitudes de su esposa fueron cambiando, ella cada vez llegaba más tarde justificando que fue arrestada o que tuvo que cubrir otras áreas, hechos que el paciente no creía, en la corporación sus compañeros hacen mofa de su situación ya que es conocida ella, le confirman que sale con varios compañeros, hecho que le causa celos e ira al paciente.

Intervención

Al paciente se le sugiere que hable con la esposa ya que son acuerdos comunes que no se respetaron, sin embargo, el insiste en que es muy difícil entablar un dialogo con ella, ya que no quiere escucharlo, se le pide que haga un último intento, que busque un lugar y tiempo adecuado para poder dialogar sin discusión ni ánimo de ofender, se le agenda la próxima sesión.

Segunda sesión

El paciente reporta que intento hablar con su esposa, pero fue nulo, ya que terminaron discutiendo y que no es una buena opción el dialogo.

Intervención

Se le pide que realice un balance decisional con el fin de que reflexione respecto a la calidad de vida con su esposa, ya que la actitud de ella es un indicador de que la relación ya no está funcionando y con este balance es con lo que se trabajara la siguiente sesión.

Tercera sesión

El paciente manifiesta que la relación con su esposa no tiene solución ya que siguen discutiendo, al preguntarle sobre la tarea encomendada menciona que este ejercicio le sirvió para darse cuenta que su esposa ya no lo quiere, que buscaba el pretexto para ya no estar con él, entrar a la policía fue su puerta de salida a la relación.

Intervención

Bajo esta decisión se le da el tratamiento en duelo con la herramienta de la psicoeducación, se le explica el proceso del cual puede estar identificándose y como tendrá que abordarlo, sin embargo, existió buena empatía dentro de la explicación de las habilidades sociales y de vida que tendrá que manejar para salir adelante de su situación.

Cuarta sesión

El paciente se nota triste y melancólico ya que se salió de su casa y vive solo tratando de superar la ausencia de su esposa.

Intervención

Se le pide que haga los ejercicios de respiración y de relajación progresiva además de la imaginería guiada con el propósito de crear una catarsis y así expresar su dolor, el cual se logró recordándole todos los puntos en que su esposa le fallo, así mismo dentro de esta catarsis, el paciente reconoce violencia doméstica, que incluye a su hijo el cual expresa y pide perdón, una vez pasada esta situación, se hace una reflexión sobre lo experimentado y hacia donde pretende llevar ahora su vida, confirma que lo mejor fue separarse y que ahora pretende el divorcio, se da cuenta de muchas cosas en su vida, este ejercicio le sirvió para darse cuenta que tenía una venda en los ojos que no le permitía aceptar su situación, se le da de alta y se deja cita abierta para cuando lo necesite.

Caso 9

Nombre del paciente: Pedro (se cambió el nombre del usuario por confidencialidad)

Edad: 22 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Unión libre

Ocupación: Estudiante

Nivel de escolaridad: Licenciatura

Motivo de consulta: Infidelidad y contagio de VIH

Primera sesión

El paciente refiere ser homosexual y a tener una vida de pareja “normal” sin embargo, hace un año en una noche de locura tuvo relaciones sexuales con otra persona sin protección, el cual origino en un contagio de VIH. Debido a esta situación se hizo la prueba de ELISA confirmando el resultado, desde entonces, ocultó esta información a su pareja, continuó teniendo encuentros sexuales hasta hace un mes que fue que le confió el resultado, su pareja se enojó al grado de quererse separar de él por la acción de no informarle respecto al VIH, el paciente no sabe qué hacer.

Intervención

A través de la psicoeducación se le explica los peligros a los cuales ha arriesgado a su pareja, además de la irresponsabilidad del cual tendrá que afrontar, ya que puede considerarse como un delito, el paciente al parecer no tiene plena conciencia de lo que hizo, y solo le preocupa que su pareja ya no siga con él, se le deja una escritura reflexiva con la intención de que pueda entender el grado de la problemática que tiene, además de solicitarle que le realice una prueba a su pareja para determinar si hay o no contagio, se le agenda próxima sesión.

Segunda sesión

El paciente realizo la tarea encomendada y reporta que su pareja ya se fue de su casa, que terminaron como amigos y sin rencores.

Intervención

Se le pide que respire y haga los ejercicios de la relajación progresiva se le guía a través de la imaginería a un contexto de paz y tranquilidad en donde se le pide reflexionar respecto a su situación, se le muestra a su pareja frente de él para que pueda expresarle lo que siente,

comienza por reclamarle por qué no le tuvo paciencia y no lo acepto como seropositivo, sin embargo, poco a poco entra en conciencia del error que comete, y surge la catarsis donde acepta el daño provocado, es difícil controlar el llanto ya que tiene una epifanía que le muestra la realidad de su situación, hace un inventario de su vida dándose cuenta que ni siquiera homosexual es, que las circunstancias de vida lo orillaron a tener esa preferencia y que con el tiempo se acostumbra a ser de esta forma, la sesión tuvo una duración de 2 y media horas logrando de nueva cuenta una paz y tranquilidad se le agenda una cita para la siguiente semana.

Tercera sesión

El paciente reporta estar un poco más tranquilo sin embargo dice que algo faltó que no expreso todo.

Intervención

Se le induce de nueva cuenta en la imaginación guiada, en esta ocasión, vuelve a expresar su dolor por las acciones realizadas pero da énfasis al perdón, entre llantos ruega el perdón de su pareja, el cual se le auxilia mencionándole que imaginativamente este enfrente de él, hace un inventario de vida, recordando los aspectos importantes y significativos de la relación, el cual termina la sesión, una vez que recobra la tranquilidad y reportar estar mucho mejor, pretende hablar con su pareja de nueva cuenta, para expresarle de viva voz la disculpa. Se le sugiere que, con mucho tacto, piense sobre esta decisión, ya que su pareja seguramente se encuentra dañado y confundido, que más que ayudarle podría lastimarlo.

Cuarta sesión

El paciente menciona que hablo con su pareja y este le ha perdonado, que ya se había realizado la prueba de ELISA resultando positiva, por el cual a pesar de esto no regresaría con él, por la traición, que no podrá superarlo tan fácil.

Intervención

A través de la psicoeducación se le explica el proceso del duelo, y las etapas por el cual tendrá que pasar, sin embargo, menciona que desde el ejercicio realizado esta consiente de que el ya no va a regresar, se le sugiere un ejercicio de planeación de vida.

Quinta sesión

El paciente no se comunicó hasta dos meses después, reportando que la intervención le sirvió para darse valor de platicárselo a sus padres, el cual lo aceptaron, son ellos quienes lo ayudaran a tomar algún tratamiento, piensa seguir estando solo, y a darse un “chance” para superar esta etapa, aprender a vivir con la enfermedad, agradece la intervención ya que si no fuera por esto, él probablemente hubiera contagiado a más personas, ya que comenta que con la ausencia de su pareja se hubiera vuelto un promiscuo y actuaría en venganza con otras personas, así como lo hicieron con él, se le deja cita abierta.

Caso 10

Nombre del paciente: Santiago (se cambió el nombre del usuario por confidencialidad)

Edad: 20 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Ocupación: Empleado de McDonald's

Nivel de escolaridad: Preparatoria

Motivo de consulta: Suicida

Primera sesión

El paciente llama muy angustiado, nervioso, reporta tener un arma y pretender suicidarse.

Intervención

Al paciente se le brindan los PAP y la contención emocional, se le agenda al día siguiente su cita.

Segunda sesión

El paciente ya se le escucha más tranquilo pero melancólico, se le entrevista, el cual da los motivos por el cual pretende suicidarse, refiere a que quedó huérfano a los 13 años debido a un accidente automovilístico, al quedar solo su profesora lo adoptó, sin embargo, al ser removida a otro estado de la república él ya no quiso cambiarse, en su casa él vive solo, en una ocasión husmeando en el ropero de la recámara de sus padres, encontró un cofre con bastante dinero el cual fue ocupando para sus gastos diarios, durante dos años no hizo nada, ni estudiar, ni trabajar, a los 17 años, al quedarse ya sin dinero, empezó a trabajar en McDonald's sacando para su gastos diarios, comenzó a estudiar la preparatoria abierta, él menciona que todo iba bien hasta que en su trabajo empezaron burlarse de él, por su aspecto, ya que refiere que es muy delgado, lo "bullean", comenzó a tener un cuadro depresivo, el cual ha ido en aumento ya que en ocasiones siente estar totalmente solo, maldice su situación ya que extraña a su familia y no tiene absolutamente nadie en este mundo.

Intervención

Se le pide que haga una escritura reflexiva respecto a las ventajas y desventajas de estar solo, se le agenda una nueva sesión.

Tercera sesión

El paciente refiere que a pesar de ser muchas las ventajas de estar solo, no se le puede comparar de tener a alguien a su lado, por lo que se le pregunta ¿qué podía decirle a sus padres si ellos estuvieran frente a él?, el paciente de inmediato comienza llorar y se le guía respecto a sus discurso para que pueda expresar su sentir hacia la vida misma, esta intervención tuvo una duración de 2 horas, ya que en la catarsis pudo expresar todo lo que llevaba desde hacía varios años guardando, que no le permitía encontrar una paz y una calma, al final de la sesión se reflexionó sobre lo sucedido y se le pide que realice por escrito sus planes a futuro.

Cuarta sesión

El paciente reporta sentirse mucho mejor, expresa que sus planes futuro son terminar la preparatoria y continuar con la carrera de abogado, buscara un empleo donde este mejor pagado y que además ya no se burlen de él, se le escucha muy animado, ya que las intervenciones, menciona le ha servido mucho para replantear su situación, que lo ocurrido con sus padres fue un accidente y que nadie tuvo la culpa, que la vida está llena de cosas maravillosas y solo fue un momento al no tener una guía y dirección para afrontar su vida, se le agenda una nueva cita.

Quinta sesión

El paciente realiza la llamada tres semanas después y reporta que ya encontró un nuevo trabajo de mesero donde están sustanciosas las propinas, que le deja más tiempo para poder estudiar, así mismo que conoció a una chica con la cual están apenas conociéndose lo ve como una oportunidad de un cambio en su vida.

Intervención

Se le sugiere que pueda tener tacto con esta nueva relación, ya que debe de buscar como incrementar las habilidades sociales basadas en experiencias, pero que estas no puedan afectarle o resultar de forma negativa ya que se encuentra todavía sensible y está en proceso de duelo, se le deja cita abierta.

Discusión

Se han presentado los diez casos de mayor relevancia por su contenido y por la complejidad de los mismos, que en ocasiones las terapias convencionales no pueden cubrir o no tiene el alcance suficiente por su propia metodología, sin embargo, existieron muchos otros que fueron abordados con éxito y que por cuestiones de espacio no pudieron ser agregados en esta investigación, pero están los archivos en disposición en el Call Center.

El abordaje se demuestra que este tipo de intervención es altamente efectivo ya que se logró el objetivo terapéutico en más del 90% de las llamadas ya que el otro 10 % de llamadas solo se refería a información o canalización, y una adherencia al tratamiento en el 100%.

Si bien los abordajes convencionales han demostrado ser eficaces en la intervención de los PAP la necesidad de ofrecer un tratamiento para los casos en que se requieran primeros auxilios no ha sido cubierto, existe una gran necesidad por parte de los operadores para satisfacer estas necesidades de intervención ya que no están previstas dentro de los protocolos del Call Center, la naturaleza misma de la intervención psicológica en primeros auxilios promueve que se dé un servicio que pueda acomodarse a estas necesidades, los usuarios o los pacientes por cuestiones de falta de información o porque no encuentran otros mecanismo de ayuda, continuamente dan por hecho que el servicio del Call Center es de atención psicológica tradicional y no es posible negarles el servicio, es por esto que se ofrece esta propuesta con el objetivo de cubrir esta situación aún no resuelta.

La atención psicológica vía telefónica es un modelo aparentemente nuevo por lo menos en nuestro país, y el cual requiere de un modelo que sea adecuado a las necesidades de la población.

Las ventajas de este modelo propuesto las hace distintivas ya que la asistencia que se proporciona no requiere de señales no físicas o verbales, como son los gestos faciales y el lenguaje corporal, se apoya en el discurso del paciente, del modo como se expresa y de la confianza que deposita al operario, las características más importantes de la intervención por teléfono, refiere al control que se tiene sobre la sesión y no al contacto mismo (Lester, 1977). La atención es más directa y sin papeleos burocráticos. En la atención presencial, requiere de un lugar en la sala de espera, el intercambio de mirada con algún otro paciente, el llenado de formatos que son proporcionados por la recepcionista o secretaria, y el proceso de acostumbrarse al lugar nuevo, en el consultorio o el hospital donde sea atendido, en la atención telefónica hay un equilibrio en este proceso, ya que la seguridad que le ofrece el lugar desde donde llama el paciente permite tener mucho mayor empatía con el operario, dando además, peso a la problemática del paciente, se le suma la ventaja del anonimato, ya que este puede dar una mayor apertura y revelación de la persona que llama, además de que este anonimato también es beneficioso al haber una transferencia positiva, al no existir señales visuales, da mayor oportunidad de cumplir la fantasía de quien llama con respecto a cuál sería el psicólogo ideal, lo que no ocurre en la entrevista cara a cara (Slaikeu, 1984).

También permite la asistencia telefónica reducir la dependencia al terapeuta ya que si en algún caso pudiera existir, se podría canalizar con algún otro operador, una de las mayores ventajas es la accesibilidad, la gran mayoría de la población tiene un teléfono en casa o con acceso a éste, es determinante para aquellas personas que no se pueden trasladarse, este fue el caso número uno mencionado en el procedimiento, ya que la paciente por su incapacidad física por la obesidad mórbida le era imposible trasladarse a un consultorio psicológico, que

no cuenta con la ayuda física para que le auxilien en el traslado, además para aquellas personas que no cuentan con el recurso económico, y para los que viven en lugares apartados.

Los resultados mostrados en esta propuesta dan un acercamiento a que el tratamiento expuesto puede ser mejor o igual al tratamiento presencial, usando las técnicas comúnmente aplicadas, esta propuesta mejora la intervención vía telefónica, y esta no difiere de los tratamientos presenciales y comunes (Otero, Torres, Vázquez, Hermida & Blanco, 2015). Se puede deducir que la aplicación en el Call Center puede ser exitosa.

La psicología transpersonal es un tema delicado, en la academia es nula la información ya que la tendencia es positivista, existen profesionales que juzgan y atacan estos modelos e inclusive los propios catedráticos lo nombran como pseudocientíficas, al existir poca investigación en el rubro de la espiritualidad, ya que sus bases son filosóficas, quizá sea este el motivo por el cual es menospreciado, sin embargo la tendencia actual para intervenir de modo positivista quitando el elemento filosófico recae en la llamada tercera generación del cognitivo conductual, a cual se le nombra Mindfulness, esta nueva forma de tratamiento no es más que una mirada hacia los principios de la psicología básica apoyado en la línea filosófica, en su epistemología, es solo un cambio de nombre, pero mismo paradigma (Prieto, 2007).

La terapia transpersonal ha sido sacrificada por ego y conflictos de intereses pero se enfoca a una expansión del campo psicológico, donde se incluye la experiencia, y no solo la conducta humana, apela a los resultados del aprendizaje por interpretación, a los sentimientos, sensaciones y creencias de la persona, puntos que no son abordados de forma directa en el conductismo o en el desarrollo de la psicología científica, la terapia transpersonal lleva un alto contenido de reflexión de las conductas realizadas, se basa en el origen de las

psicopatologías con el fin de enfrentar estas experiencias desde un punto de vista espiritual para dar una salida a los conflictos, usando el método socrático, el contraste de las ideas y la confrontación al paciente como método directo para la reflexión de su situación y así permitir el descubrimiento del Ser.

La propuesta viene hacer un paradigma que cubre la necesidad de atención telefónica en el Call Center, además de que puede ser aplicada en una intervención como modelo psicológico de consulta privada, contiene los elementos necesarios para cubrir un nicho de mercado casi inexistente, puede no solo generar ganancias económicas para el psicólogo, sino además cubrir las necesidades de la población que pueda pagar una consulta a bajo precio, con un modelo que le funcionará para la problemática que padece, si bien, tiene limitantes no son más de lo que tiene una consulta privada presencial, habrá casos que por su naturaleza deberán ser abordados de forma psiquiátrica ya que quizá requieren de medicación o algunos otros en que la asistencia multidisciplinaria sea requerida, y que no es posible en consultorio psicológico sino de intervención hospitalaria, la aplicación este modelo, reduce el síntoma, ya que es resuelto en pocas sesiones, como lo encontrado por Watzlawick, Nardone & De shazer (1996).

La gran necesidad del país en el área de atención psicológica permite que propuestas como estas puedan ser viables, ya que en los mismos sistemas de salud del gobierno no cuentan con la infraestructura o personal para llevar la atención psicológica a comunidades lejanas o de difícil acceso, la intervención transpersonal, usa un lenguaje claro, directo y que se acomoda a la idiosincrasia, permite que pueda ser entendido por cualquier persona, independiente se extracto social o nivel de estudios. A diferencia de la terapia psicoanalítica, que requiere años de consulta y que no está al alcance de la mayoría de las personas, así

mismo, las demás terapias conductuales que requieren de ejercicios o de condiciones específicas en donde una comunidad de escasos recursos, no sería el marco ideal para la intervención, este modelo permite desde una clínica rural, con una llamada al hospital general o de zona, en el cual un psicólogo podrá atender y sin costos extras de larga distancia la situación de diversos conflictos de los pacientes, desde las adicciones, hasta la violencia familiar, la propuesta se basa en la experiencia del paciente en su sistema de creencias, por lo cual se respetaran las ideas tanto religiosas, culturales y políticas, que además podrían ser una herramienta a favor de la intervención propuesta.

La mejoría significativa en la calidad de vida en el aspecto emocional es una clara muestra de la capacidad que se tiene para realizar otras actividades dentro de una sociedad o comunidad, el atraso en aspectos del desarrollo de la salud de la población se debe en buena parte a la falta de atención y de servicios psicológicos de calidad y de su difusión, esta propuesta viene a colaborar con un granito de arena para tratar de cubrir esa gran brecha de atención psicológica.

Es importante mencionar que la intervención aquí propuesta requiere de habilidades sociales por parte del operador, el manejo de situaciones en una actitud neutral y el dominio de la palabra y confrontación, estas hábiles se entrenan con la experiencia de pacientes, así que el modelo puede ser dado a los prestadores de servicio social o prácticas profesionales que están en los últimos semestres de la carrera de psicología, ya que estos operadores tendrán en promedio el manejo de más de cien llamadas que les permitirán tener esa experiencia vivencial con un paciente real, ejercitando estas habilidades además del entrenamiento por los miembros honorarios o de mayor tiempo en el Call Center que son los que mayor número de llamadas y experiencia tienen.

Conclusiones

En este estudio se incorpora una propuesta interdisciplinaria con un contenido transpersonal para la intervención psicológica posterior a los PAP o pacientes que no se encuentren en estado de crisis, los resultados según los casos abordados, dan un ejemplo del funcionamiento de esta propuesta en la gran mayoría de los casos, sin embargo, existen situaciones de las cuales no se pueden tener control para una adherencia psicológica y que no dependen del operador, en gran medida si del paciente, una vez que se establece el encuadre y el contrato terapéutico, su adherencia al tratamiento, permite ayudar aquel paciente para que recupere su capacidad de toma de decisión, y pueda resolver por sí mismo su problemática, ya que a través de la catarsis como medio de expresión del dolor emocional, resulta en un factor primordial para la recuperación pronta del paciente, además de su reflexión, contrastación y a posibilidad de una toma de decisiones analizada y directa para el cambio que requiere, si bien este modelo puede no solo servir para las necesidades del Call Center. Se puede adaptar a otras instituciones o en consulta privada. Cuando se ingresa al Call Center como servicio social o prácticas profesionales, se le entrenará en las habilidades sociales, a través de la capacitación y tutoría en la que se estará formando, al finalizar su servicio o prácticas profesionales, tendrá por lo menos cien llamadas o aproximadamente 90 horas de experiencia, que le podrá servirle indiscutiblemente para el abordaje de los casos en la consulta privada una vez titulado.

El modelo puede ser además adaptado para la consulta privada vía telefónica además de ser efectivo en instituciones de salud públicas, para atender a las comunidades lejanas que no cuentan con servicios psicológicos o personas que no pueden por alguna discapacidad asistir a una consulta o en el peor de los casos por falta de economía.

Esta propuesta basada en la intervención del modelo transpersonal permite adaptarse al lenguaje, usos y costumbres de la localidades y de los pacientes ya que no modifica creencias ni acciones distintas a la problemática del paciente y pone las bases para la investigación de nuevas propuestas que puedan integrar otros modelos que sirvan para casos específicos o condiciones desconocidas, en la práctica clínica el acceso a través del Mindfulness de cual la ciencia psicología le ha abierto las puertas, puede ser el puente entre las características de intervención transpersonal hacia la intervención conductual científicamente aceptada, hay mucho más que requiere de investigación, ya que el propósito final, es la mejoría en la calidad de vida de las personas.

Referencias

- Abbagnano, N. (2012). *Diccionario de Filosofía*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Alcohólicos Anónimos. (Sin fecha). *Alcohólicos Anónimos Grupos de 4to y 5to paso Específico*. (julio 19, 2016). Recuperado de <http://alcoholicosanonimos.galeon.com/>
- Altimir, C. Pérez, C. Strasser, K. Vilches, O. De la Parra, G. Echávarri, O. González, A. Krause, M. Dagnino, P. Ramírez, I. Tomicic, A. Valdés, N. Reyes, L. (2009). *Cuatro Terapias Psicodinámicas Breves Exitosas Estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVIII 5-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921800001>
- Alvarado, Y. & Carrizosa, B. (2014). *Manual de procedimientos utilizados en el call center UNAM*. (Tesis de licenciatura). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Álvarez, J. (2011). *Reporte del programa de intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM: una propuesta de atención psicosocial*. (Tesis Maestría). México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología.
- Álvarez, J. (2011). *Taller Primeros auxilios Psicológicos*. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología en el cubículo de la brigada de Intervención en crisis).
- Álvarez, J. (2012). *Proyecto libre Call Center INJUVE*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Álvarez, J. M. y Cruz, C.C. (2012). *Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de desastre*. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología, UNAM).
- American Psychological Association. (2007). *Dictionary of Psychology*. Washington, DC, E.U. Author.
- Arcos, I. Castro, A. Matarán, G. Gutiérrez, A. Ramos, E. & Moreno, C. (2013). *Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado*. Medicina Clínica, 137, 398-401. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-efectos-un-programa-ejercicios-aerobicos-S0025775310010444>
- Aristotle. (2001). *The basic works of Aristotle*. McKeon, R. (Ed.). New York, E.U. Modern Library.

- Aronson, P. (2003). *La Emergencia de una Ciencia Transdisciplinar*. Cinta de Moebio, 18, p.0. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10101803>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Avilés, F. (2003). *Fotografía y psicoterapia*. Anuario de investigación 2003, Vol. 1, 465-478. Recuperado de <https://publicaciones.xoc.uam.mx/Recurso.php>
- Bados, A. & García, E. (2011). *Técnicas de exposición*. abril 23, 2011, de Facultad de Psicología. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Bannink, F. (2007). *Solution-focused brief therapy*. Contemporary Psychotherapy, 37, 87-94. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10879-006-9040-y>
- Basarab, N. (1996). *La Transdisciplinariedad. Manifiesto*. México. Ediciones 7 saberes. Recuperado de <http://www.edgarmorin.org/descarga-libro-la-transdisciplinariedad-en-manifiesto.html>
- Bellack, L. & Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve e intensiva y de urgencia*. México. Manual Moderno.
- Bellak, I. Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax México.
- Benveniste, D. (2000). *Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres*. mayo 22, 2016, de La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas. Recuperado de http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf
- Bolognini, S. (2013). *La empatía psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina. Lumen.
- Breuer, J. Freud, S. (1974). *Studies on hysteria*. Harmondsworth, Londres. Penguin Books.
- Brito, Cabtree L. R. (2000). *Aplicación de la Logoterapia en la intervención en crisis*. Revista Mexicana de Logoterapia, 3, 46-56. Recuperado de <http://www.logoterapia.com.mx/publicaciones/revista-mexicana-logoterapia/primavera-2000/aplicaci%C3%B3n-logoterapia-intervenci%C3%B3n-crisis>
- Brugger, W. (1983). *Diccionario de Filosofía*. España, Editorial Herder.

- Caballo, V. (comp.) (1991). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid, España. Siglo XXI.
- Cabanach, R. Freire, C. Souto, G. & Ferradás C. (2014). *Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios*. *European Journal of Education and Psychology*, (7) 41-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129330657004.pdf>
- Cacho, L. (2009). *Cuarto y quinto paso, ¿violencia sanadora?* julio 19, 2016, de El Universal Compañía Periodística Nacional. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx/columnas/76488.html>
- Call Center UNAM. (2015). *Manual de procedimientos técnicos*. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología, UNAM).
- Calvete, E; Estévez, A; (2009). *Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión*. *Anales de Psicología*, (25) 27-35. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/03-25_1.pdf
- Caplan, G. (1996). *Principios de psiquiatría preventiva*. España. Paidós.
- Chóliz, M. (2014). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. abril 21, 2016, de Facultad de Psicología Universidad de Valencia Recuperado de <https://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Cleveland.com. (2016). *Alcoholics Anonymous: Series of 1939 Plain Dealer articles detailed group's start, success*. [online] Available at: http://www.cleveland.com/remembers/index.ssf/2013/05/alcoholics_anonymous_series_of.html.
- Clifford N. Lazarus (2013). *The Man Who Ushered in the Era of Effective Psychotherapy*. *Psychology Today*. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/think-well/201310/the-man-who-ushered-in-the-era-effective-psychotherapy>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2015). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. Abril 22, 2015, de Comisión Nacional contra las Adicciones Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/terap_VI.pdf
- Constandse, M. (2002). *Yo soy nosotros*. México. Diana.
- Contreras-Gutiérrez, O. Chávez-Becerra, M. Aragón-Borja, L. (2012). *Pensamiento constructivo y afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios*. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, (4) 39-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282223591003>

- Dadidoff, L. (1988). *Introducción a la Psicología*. México. Mc Graw Hill.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York E.U. Norton.
- D'El Rey, G. J. Fonseca & Pacini, C. A. (2006). *Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas Cognitive-behavioral therapy of social phobia: models and techniques Terapia cognitivo-comportamental de la fobia social: modelos y técnicas*. *Psicología em Estudo*, 11(2), 269-275. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200005>
- Dryden, W. (1984). *Individual therapy in Britain*. London. Harper & Row.
- Dulmus, C. & Wodarski, J. (2012). *Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions*. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2 (4), (2002), 279-285. Recuperado de <http://btci.edina.clockss.org/cgi/content/abstract/2/4/279>
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar su uso hoy en día*. México. Ed. Pax.
- Eich, E. Kihlstrom, J. Forgas, J. & Niedenthal, P. (2003). *Cognición y emoción*. Bilbao, España. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva Volumen 2*. España. Editorial Desclée De Brouwer.
- Encyclopaedia Britannica. (1999-2000). *Catharsis* [versión electrónica]. NewYork, EU: Encyclopaedia Britannica Inc., Recuperado de <http://britannica.com>
- Enríquez, N. (2008). *Padre ausente y su vinculación con la dinámica familiar*. (Tesis de Maestría en Psicología). UNAM. Residencia en terapia familiar sistémica.
- Epstein, L. & Brown, L. (2002). *Brief treatment and a new look at the task-centered approach*. Boston. E.U. Allyn and Bacon.
- Epstein, L. & Brown, L. (2002). *Brief treatment and a new look at the task-centered approach*. Boston, E.U. Allyn and Bacon.
- Ester, S. (2003). *Reuven feuerstein y la teoría de la modificabilidad cognitiva estructural*. *Revista de Educación familiar*, Vol. 332, pp. 33-54. Barcelona. Herder. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre332/re3320311443.pdf?documentId=0901e72b81256ae0>
- Estupiñá, J. F. Fernández-Arias, I. Bernaldo-de-Quirós, M. Blanco, C. Labrador, F. J. Gómez, L. (2014). *Uso de técnicas de exposición en una clínica de psicología*. *Universitas Psychologica*, (13) 715-724. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/3095>

- Etchegoyen, R. (1986). *Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
- Feixas, G. & Miró. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, España. Paidós.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico*. (1ª Ed.) México. Pearson Educación.
- Fernández, L. (2010). *Modelo de intervención en crisis en busca de la resiliencia personal*. Marzo 13, 2016, de Grupo Luria Recuperado de <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>
- Ferrater, J. (2004). *Diccionario de Filosofía*. España, Ariel Filosofía.
- Foladori, H. (2009). *Temores Iniciales de los Estudiantes de Psicología ante el Inicio de la Práctica de la Psicología Clínica*. *Terapia Psicológica*, 27, 161-168. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200002
- Fonagy, P. Rott, A. & Higgitt, A. (2005). *Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom*. mayo 25, 2016, de Aperturas Psicoanalíticas revista internacional de Psicoanálisis. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000061>
- Gabbart, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Galanter, M. (2008). *Alcoholism. Volume 18 Research on Alcoholics Anonymous and Spirituality in Addiction Recovery*. E.U. Springer.
- Gantiva, C. A. Hewitt, N. (2016) *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*. *Avances en Psicología Latinoamericana* [en línea] 2009, 27 (enero-junio). Recuperado de <http://uaemex.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627012>> ISSN 1794-4724
- García, C. Cruz, R. & Rodríguez, T. (2005). *Técnicas de relajación y autocontrol emocional*. *MediSur*, (3) 55-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>
- Garske, J. & Molteni, A. (1985). *Psicoterapia psicodinámica. Un enfoque integrador*. En J. Linn y J. Garske (Comp.), *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao, España. DDD.
- Goldfried, M.R. Greenberg, L.S. & Mamar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. In M.R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews. Recuperado de

<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.ps.41.020190.003303?journalCode=psych>

- Granados, E. D. (2011). *La categoría mente desde la psicología fisiológica*. De Universidad Gestalt. Recuperado de <http://mundogestalt.com/la-categoria-mente-desde-la-psicologia-fisiologica/>
- Granados, E. D. (2012). *Tema: Manejo del Estrés. En Material de apoyo para el curso propedéutico de la carrera de Médico Cirujano, generación 2013*. (39-44). México. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Unidad de Desarrollo Integral. Recuperado de http://132.248.60.110:8081/fesz_website_2011/wp-content/uploads/2012/08/prope_medicina.pdf
- Granados, E. D. (2013). *La categoría mente y el concepto individuo en la terapia Gestalt*. De Psicología para América Latina. Recuperado de <http://www.revistapsicolatina.org/wp-content/uploads/2013/06/24-12.-Categoria-mente-concepto-individuo-gestalt.pdf>
- Granados, E. D. (2013). *Romper Ciclos*. De Portaloaca. Recuperado de <http://www.portaloaca.com/opinion/7804-romper-ciclos.html>
- Granados, E. D. (2016). *Capítulo 1. Fundamentos de psicología política de Wilhelm Reich*. En *Fundamentos de Psicología política de Wilhelm Reich* (pp. 15-16). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de estudios superiores Zaragoza. Recuperado de http://condor.zaragoza.unam.mx/fesz_website_2011/wp-content/publicaciones/libros/FundamentosPsicologiaPolitica.pdf
- Grof, S. (1994). *Psicología Transpersonal*. España. Kairós.
- Guerrero, L. (2013). *Psicología de emergencias-desastres y psicoemergenciología. Un nuevo reto para la psicología en Colombia*. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3 (2), 226-235. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815158>
- Gutiérrez, Á. A. (2014). *La religiosidad de Alcohólicos Anónimos*. *Temas Antropológicos*, (36) 73-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=455845084003>
- Gutiérrez, R. Juárez F. Andrade P. Jiménez A. (2007). *La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA)*. *Salud Mental*, (30) 62-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230409>

- Heinmann, P. (1961). *Acerca de la contratransferencia*. mayo 25, 2016, de Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040105.pdf>
- Hernández, I. Gutiérrez L. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. abril 03, 2016, de Universidad de Guadalajara Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/principal/sites/default/files/Manual%20Primeros%20Auxilios%20Psicol%C3%B3gicos_2014.pdf
- Hoglend, P. Bogwald, K. Amlo, S. Marble, A. Ulberg, R. Sjaastad, M. C. & Johansson, P. (2008). *Interpretaciones de la transferencia en psicoterapia dinámica: ¿realmente tienen efectos prolongados? (Spanish)*. American Journal Of Psychiatry - Edición Española, 11(8), 504-512.
- Holmqvist, R. (2015). *The use of self-disclosure among Swedish psychotherapists*. European Journal Of Psychotherapy & Counselling, 17(1), 80-98. doi:10.1080/13642537.2014.996171 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/273914058_The_use_of_self-disclosure_among_Swedish_psychotherapists
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2013). *Convocatoria: "Joven es-servicio2013"*. abril 14, 2016, de Instituto Mexicano de la Juventud Recuperado de http://www.imjuventud.gob.mx/pagina.php?pag_id=495
- Kalish, R. A. (2004). *La vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid. España. Ed. Pirámides.
- Korb, M.P. Gorrell, J. & Van de Riet, V. (2001). *Gestalt Therapy: Practice and theory 2nd Edition*. New York. E.U. The Gestalt Journal Press.
- Kristen, B. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville. US Department of Health and Human Services.
- Labrador, F. Cruzado, J. & Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid, España. Pirámide.
- Lazarus, A. A. (1958). *New methods in psychotherapy: a case study*. South African Medical Journal (32). 660-664. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13580450>
- Lester, D. Brockopp, G. (1973). *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield III Charles. C. Thomas. New York. Recuperado de <https://www.questia.com/library/journal/1P3-347860001/crisis-intervention-and-counseling-by-telephone>

- Linares, J. Pubill, M. & Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*. España. Herder.
- Long Jr. J. L. (1999). *Intervención en la crisis y más allá: utilizando la logoterapia para trascender el trauma*. Revista Mexicana de Logoterapia, 2, 14-37. Recuperado de <http://www.logoterapia.com.mx/publicaciones/revista-mexicana-logoterapia/primavera-1999/intervenci%C3%B3n-crisis-m%C3%A1s-all%C3%A1-utilizando-logoterapia-para-trascender-trauma>
- Love, J. (2012). *On the Psychology of Swearing Print Could cursing be good for us?* julio 23, 2016, de The Americans Scholar. Recuperado de <https://theamericanscholar.org/on-the-psychology-of-swearing/#.V5PKyOjhDcc>
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York, E.U. Basic Books.
- Maddux, J. (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, Research and Application*. New York, E.U. Plenum press.
- Manuscript Reading Room - Library of Congress. Recuperado de <http://www.loc.gov/exhibits/freud/images/vc008101.jpg>
- Márquez, M. Losada, A. Izal, M. Pérez, G. Montorio, I. (2007). *Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an intervention programme*. *Aging & mental health*. 11(6). pp 616-25. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18074249>
- Martínez, I. (05 de mayo de 2009). *Brinda UNAM atención psicológica ante influenza*. NTR Zacatecas. Recuperado de <http://ntrzacatecas.com/2009/05/05/brinda-unam-atencion-psicologica-ante-influenza/>
- Martínez, M. Sánchez, R. (2014). *Valoración de Situaciones-Estímulo Que Generan Enojo en Diferentes Relaciones Interpersonales*. Revista Colombiana de Psicología, 23() 163-175. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v23n1/v23n1a11.pdf>
- Mascaró, N. (Julio 2007). *Crisis y contención: el grupo multifamiliar*. Avances en salud mental relacional, Vol. 6 núm.2-julio 2007, 9. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/114>
- Méndez, D. Stevens, K. (2007). *Nuevas herramientas para la psicología clínica: Las Terapias Basadas en la Evidencia*. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology, (1) 265-272. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/114>
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México. Paidós.

- Montalvo, J. Andrade, A. & Pérez, A. (2014). *Terapia sistémica de pareja: teoría, investigación y aplicaciones*. México: Cree-ser.
- Montealegre, R. (2011). *La solución de problemas cognitivos en estudiantes de psicología*. Acta Colombiana de Psicología, (14) 119-138. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552011000100011
- Morrice, J. (1976). *Crisis intervention. Studies in Community Care*. International Library of science, Tecnology, Engineering and social studies. Oxford. New York. E.U. Pergamon Press.
- Nardone, G. Watzlawick, J. (2012). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona, España. Editorial Herder.
- Olivé, L. (2011). *Interdisciplina y transdisciplina desde la filosofía*. Ludus Vitalis, 19(35), 251-256. Recuperado de http://www.centrolombardo.edu.mx/wp-content/uploads/formidable/35_31_olive.pdf?dc9f5b
- Ortega, Y. (2012). *Técnica de autoestima: EL ÁRBOL*. abril 22, 2016, de Orientarte y Educarte Recuperado de <https://yudithortegaharo.wordpress.com/2012/10/29/tecnica-de-autoestima-el-arbol/>
- Otero, P. Torres, Á. Vázquez, F. Hermida, E. Blanco, V. (2015). *Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis*. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, (6) 39-52. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=245132933005>
- Palacios, J. (2009). *El proceso ritual en las comunidades de alcoholicos anónimos en el norte de México*. Nueva Antropología [en línea] 2009, XXII (enero-junio). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15911921007>> ISSN 0185-0636
- Papalia, D. E. (2001). *Desarrollo Humano*. México. McGraw Interamericana. 2001. Ed.8.
- Parra, S. (2015). *Cultiva tu memesfera somos lo que nos rodea*. España. Almuzara.
- Pérez, N. & Setién, E. (2008). *La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológico-informativa*. ACIMED, 18(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008001000003&lng=es&tlng=pt.
- Pintos, E. (1996). *Psicología Transpersonal: conciencia y meditación*. México. Plaza y Valdés.

- Pittman, F. (1990). *Momentos Decisivos: Tratamiento de Familias en Situaciones de Crisis*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Prieto, J. (2007). *Psicología de la meditación, la psique de vuelta a casa*. Agosto 6, 2016, de Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34607822/Psicologia_dela_meditacion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1470530128&Signature=odvJB5OmpuidhCN0T6VvOjR9RIE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DArticulo_Seleccionado_Infoc.pdf
- Prieto, M. Carrasco, M. Cagigal, V. Gismero, E. Martínez, M. Muñoz, I. (2012). *El perdón como Herramienta Clínica en Terapia Individual y de Pareja*. julio 24, 2016, de Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2012v3n2a1.pdf>
- Ramírez, L. H. (1977). *La técnica del control del pensamiento en terapia comportamental*. Revista Latinoamericana de Psicología, (9) 213-229. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80590204>
- 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 Nacional Autónoma de México.
- Romero, D. (2007). *Actividades de la vida diaria*. Anales de Psicología, vol. 23, núm. 2, pp. 264-271. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/22291/21571>
- Room, R. (1993). *Alcoholics Anonymous as a Social Movement*. En B.S. McCrady & W. R. Miller (eds.) Research on Alcoholics Anonymus, Rutgers center of Alcohol Studies, New Brunswick, pp. 167-187. Recuperado de <http://www.robinroom.net/alcoanon.pdf>
- Rosovsky, H. (2009). *Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas*. Desacatos, 13-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13913244002>
- Rosselló, J. & Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual*. abril 24, 2016, Institute for Psychological Research Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/grupal_participantes_esp.pdf
- Rowan, J. (1997). *Lo transpersonal, Psicoterapia y Counselling*. España. Los libros de la liebre de marzo.

- Rueda, O. (2014). *La técnica del espejo en videoterapia*. abril 24, 2016, de Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/9af62f06e4edb670329db25e5f655462/1?pq-origsite=gscholar>
- Salinas, J. (1998). *La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso*. Revista electrónica de Psicología Iztacala, 1, 1. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgluis.html>
- Salorio del Moral, P. (2015). *Tratamientos psicológicos (III). Terapia de conducta*. En Tratado de Psiquiatría (757-768). España: Ars Medica.
- Sánchez, A. (2014). *El duelo que se vive al dejar de ser codependiente*. (tesis de diplomado). México: Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.
- Sánchez, E. & Gradolí, V. *Terapia breve en la adicción a drogas*. Papeles del Psicólogo, 83, (2002), 49-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808307>
- Sánchez, T. (2016). *The combined use of hypnotherapy and Solution-Focused Brief Therapy in child sexual abuse symptoms: A case study*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 21 Issue 1, p67-76. 10p. Recuperado de <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=826>
- Sarquís, J. Buganza, J. (2009). *La teoría del conocimiento transdisciplinar a partir del Manifiesto de Basarab Nicolescu*. Fundamentos en Humanidades, X (19) 43-55. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965003>
- Scheff, T. J. (2001). *Catharsis in healing, ritual, and drama*. Lincoln, NE. iUniverse.com.
- Schultz, D. P. Schultz, S. E. (2004). *A history of modern psychology* (8th ed.). Belmont, CA, E.U. Wadsworth/Thompson.
- Slaikeu K. A. (1996). *Intervención en crisis*. (2da Ed.). México. Ed. El Manual Moderno.
- Slaikeu, K. A. (1990). *Crisis Intervention A Handbook for Practice and Research 2nd edition*. Neham Heights, MA, Allyn and Bacon.
- Suárez, V. (2012). *Call Center apoyo psicológico* (Tesis de licenciatura). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Sutich, A. (1969). *Some considerations regarding transpersonal psychology*. The Journal of transpersonal Psychology, 1 11-20. Recuperado de

<http://search.proquest.com/openview/624453c9b6c551b1a271ead3b39973d9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1816469>

Tarragona, M. (2013). *Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica Chile, vol. 31, núm. 1, pp. 115-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525710011>

Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención paciente en crisis emocional – primeros auxilios psicológicos*. marzo 13, 2016, de Universidad Industrial de Santander Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf

Valdivia, S. Luciano, C. & Páez-Blarrina, M. (2006). *Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Clínica y Salud, Sin mes, 339-356. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613871008>

Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España. Síntesis.

Vázquez, F. Rodríguez, E. Alcázar, R. López, B. (2012). *Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira*. Revista Mexicana de Psicología, 29() 97-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189009.pdf>

Vera, R. (2013). *Cárceles para “rehabilitar”*. julio 19, 2016, de proceso.com.mx Comunicación e Información S.A. de C.V. Sitio web: <http://www.proceso.com.mx/350317/carceles-para-rehabilitar>

Vogel, D. Wade, N. Hackler, A. (2008). *Emotional expression and the decision to seek therapy: The Mediating Roles of the anticipated Benefits and Risk*. Journal of Social and Clinical Psychology, 27 (3), (2008), 254 -263. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/6da5b61906e0c2107931b0764cde441d/1?pq-origsite=gscholar>

Von, H. (1990). *Bases Epistemológicas*. Revista Anthropos 22. Compilación de Jesús Ibañez. Barcelona. 1990. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=281534>

Walsh, R & Vaughan, F. (1993). *On Transpersonal definitions*. The Journal of Transpersonal Psychology, 25. 199-208. Recuperado de http://www.drrogerwalsh.com/wp-content/uploads/2009/07/1036_69_Articles_On-transpersonal-definitions.pdf

Wilber, K. (1996). *Sexo, ecología y espiritualidad*. España. Kairós.

Wilber, K. (2000). *Integral Psychology*. E.U.A. Shambala Publications.

Adenda

Adenda A

Formato de registro de llamadas, usuarios primera vez. (anverso)

 **PROGRAMA CALL CENTER UNAM.** 
REGISTRO DE LLAMADA.

FOLIO:

Terapeuta: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____ **Duración:** _____

Usuario: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Escolaridad:** _____

Edo. Civil: _____ **Domicilio:** _____

Motivo de Consulta: _____

Síntomas: (Describir de manera general) **Áreas de Conflicto (Describir la interacción del problema con éstas áreas, califica del 1 al 10)**

Emocionales: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Familiar: _____
Cognitivos: _____		Social: _____
Conductuales: _____		Salud: _____
Fisiológicos: _____		Sexual: _____
_____		Laboral: _____
_____	Educativa: _____	

Acontecimientos que agudizan los Síntomas: _____

Intentos de Solución: _____

Impresión Diagnóstica (Especificar los Rasgos o Criterios que definan la problemática)

Ansiedad:
Depresión:
Estrés:
Conflictos Sexuales e Identidad sexual:
Conducta Alimenticia:
Control de Impulsos:
Trastorno de personalidad:
Problemas de Pareja
Duelo:
Problemas Paterno-filiales:

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.

*Versión 2016-1

Formato de registro de llamadas, usuarios primera vez (reverso)



PROGRAMA CALL CENTER UNAM.

REGISTRO DE LLAMADA.



Encuadre: Asistencia psicológica vía telefónica consistente en terapia breve de 6 a 8 sesiones, siendo una por semana con duración de 45 a 50 min. la llamada, totalmente confidencial y gratuito, atendido por el mismo terapeuta durante las sesiones. Laboramos de Lunes a Viernes de 8:00 a 18hrs. Si se da un seguimiento la tolerancia para ser atendido será de 15 min., si durante este tiempo la llamada no se realiza, se reagendará.

Descripción del problema: _____

Objetivo de la intervención: _____

Técnicas de Intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones y justificación: _____

Plan de tratamiento: _____

Observaciones: _____

Para Uso Exclusivo del Supervisor.: _____

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	Excelente
0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.

*Versión 2016-1

Adenda B

Formato de registro de llamadas, seguimiento.



LLAMADAS DE SEGUIMIENTO.



Nombre: _____

Problemática: _____

Edad: _____

Fecha: _____

No. de Sesión: _____

Expectativas iniciales de la Sesión (Describe temas a tratar)

Aportación del paciente a la sesión (Describe eventos ó acciones significativas del paciente durante la sesión)

Contribución del terapeuta (Describe eventos ó acciones que hayan sido significativas para el paciente durante la sesión)

Principales intervenciones durante sesión (Describe las técnicas y los abordajes terapéuticos realizados)

Desenlace de la sesión (Describe el abordaje del cierre)

Objetivo focal del terapeuta en la sesión (Describe el objetivo y la resolución construida en la sesión)

Plan de acción (Técnicas y abordajes terapéuticos a realizar para la siguiente sesión)

Reflexiones sobre la sesión:

SUPERVISOR: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL SUPERVISOR:

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	Excelente
0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM.

Vita

Eleazar Guillermo Arellano Trujillo nació en la Ciudad de México (antes D, F.) tiene cédula profesional como diseñador arquitectónico por el Centro de Estudios Tecnológicos industrial y de servicios No. 2, ha sido miembro de los grupos de A.A. en específico de 4to y 5to paso, por más de 10 años, es certificado como “Certified Professional Hypnotist” por la School of Professional Hypnosis, tiene además varios cursos en hipnosis clínica, duelo, autoestima, exploración neurológica, neurociencias, tanatología, salud mental, actualmente tiene la pasantía como Licenciado en Psicología por la Universidad Latina S.C. y cursa el diplomado en “Psicoterapia transpersonal integrativa” en el Instituto Mexicano de Psicooncología en la Ciudad de México, desde el año 2000 ha trabajado con pacientes en formatos empíricos como son los grupos de A.A. En el aspecto clínico supervisado, en el Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM, además por cuenta propia en consulta psicológica, acumulando más de 600 usuarios en sus servicios.