



**Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.  
Facultad de Psicología.**

**“Propuesta de un manual de técnicas de intervención en crisis.”**



**Presenta:**

**Alexis Emmanuel Madrigal Torres.**

**Informe Profesional de servicio social.**

**Que para obtener el título de licenciado en psicología.**

**Director del informe profesional:**

**MTRO. Jorge Álvarez Martínez**

**Revisor:**

**DR. Jorge Rogelio Pérez Espinosa.**

**Sinodales:**

**MTRA. Angelina Guerrero Luna.**

**MTRA. Guadalupe Medina Hernández.**

**MTRA. Lilia Joya Laureano.**

**Lugar: Ciudad de México**

**Fecha: Agosto del 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

Contenido	
<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Datos generales del programa de servicio social.</b> .....	<b>2</b>
<b>Contexto de la institución y del programa.</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPITULO UNO</b>	
<b>Actividades Realizadas en el servicio social.</b>	
1.1 Actividades Realizadas en el servicio social. ....	11
1.2 Objetivos del informe. ....	13
1.3 Habilidades obtenidas. ....	14
<b>CAPITULO DOS</b>	
<b>Intervención en Crisis.</b>	
2.1 Concepto de Crisis. ....	16
2.2 Tipos de Crisis. ....	19
2.3 Modelo de intervención en crisis. ....	20
2.3.1 Primeros Auxilios Psicológicos. (PAPS) .....	20
2.3.2 Terapia Breve. ....	23
2.4 Intervención en Crisis. ....	24
2.4.1 Características de la intervención. ....	25
2.4.2 Objetivos de la intervención. ....	26
2.5 Influencias Teóricas de la Técnica de Intervención en Crisis. ....	26
2.6 Concepto de resiliencia. ....	29
2.7 Características de una persona resiliente. ....	29
<b>CAPITULO TRES</b>	
<b>Propuesta de un manual de técnicas de Intervención en Crisis.</b>	
3.1 Técnicas psicológicas no invasivas. ....	32
3.2 Respiración Diafragmática. ....	32
3.2.1 Proceso respiratorio. ....	33
3.2.2 Nariz. ....	34
3.2.3 Músculos respiratorios. ....	34
3.2.4 Espiración. ....	35
3.2.5 Tipos de respiración. ....	35
3.2.6 Beneficios de una buena respiración. ....	36
3.2.7 Ejercicio de Respiración Diafragmática. ....	36

3.3 Relajación muscular progresiva de Jacobson.....	38
3.3.1 Postura inicial.....	39
3.3.2 Procedimiento.....	39
3.4 Imaginería guiada.....	41
3.4.1 La imaginación.....	41
3.4.2 Objetivos y Campos de Aplicación.....	43
3.4.3 Consideraciones sobre la técnica de Imaginería Guiada.....	43
3.4.4 Ejercicio de Imaginería Guiada.....	44
3.5 Frases para el entrenamiento Autógeno.....	45
3.5.1 Ejercicio de Entrenamiento Autógeno.....	46
3.6 Estrategias de intervención.....	48
3.6.1 Terapia racional emotiva conductual.....	48
3.6.2 Terapia Gestalt.....	49
3.6.3 La confrontación y reestructuración.....	51

## **CAPITULO CUATRO**

### **Resultados y Limitaciones.**

4.1 Resultados Obtenidos.....	53
4.2 Limitaciones y recomendaciones.....	58

### **Bibliografía..... 60**

### **Anexos..... 64**

## **Resumen**

El informe de servicio social se elaboró con base a la función que se realizó en el Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM.

La problemática que afronta este servicio, que se presta a la comunidad universitaria y al público en general, es atender a las personas que estén cursando por una crisis y que soliciten el servicio de atención psicológica a este programa.

El presente informe destaca las actividades realizadas dentro del servicio social, así como el marco teórico en el cual se sustenta el programa, destacando los conceptos de crisis y de resiliencia, también las técnicas psicológicas no invasivas y estrategias de intervención que sirven como medio de apoyo para los operadores al abordar a los usuarios. En los resultados se plantea la estructuración de tres casos que sirven como ejemplificación de lo favorable que fueron las intervenciones. Cabe destacar que, al ser un programa en constante crecimiento, tiene ciertas limitaciones como la falta de un manual que contenga diferentes técnicas de intervención y que por lo tanto al final del informe se hacen recomendaciones para que los futuros operadores puedan dar un servicio más eficiente.

**PALABRAS CLAVE:** Servicio, atención psicológica, estrategias de intervención

## **Datos generales del programa de servicio social.**

El programa tiene como objetivo principal ofrecer respuesta inmediata ante emergencias suscitadas por eventos disruptivos, brindando atención psicológica, contención, detección y canalización de damnificados o víctimas a instituciones u organizaciones especializadas en áreas que no estén contempladas en el programa, para lo cual se establece una formación y entrenamientos continuos para poder intervenir en las diferentes peticiones que hacen los usuarios de este servicio.

### **Objetivos específicos del programa.**

A través de una línea telefónica promocionada como un servicio de atención psicológica, con la modalidad de terapia breve, se atiende a peticionarios con crisis psico emocionales que tengan algún conflicto de adaptación.

- Dar apoyo psicológico a la población en general a través de una línea telefónica, privilegiando el modelo de terapia breve y de emergencia, a usuarios que se encuentren en estado de crisis.
- Informar y en su caso derivar a los diferentes centros y servicios que la facultad e instituciones especializadas en diversos modelos de atención ofrece, al público en general.
- Formar operadores telefónicos que tengan las competencias y habilidades en intervención psicológicas por este medio de comunicación.

### **Objetivos técnicos para el Operador.**

Se define como operador a la persona que presta el servicio.

- Evitar la dependencia con los usuarios.
- Alentar búsquedas de autoprotección.
- Autoevaluarse en su desempeño.
- Mostrar atención por la seguridad del cliente.
- Orientar al usuario sobre los servicios especializados, su teléfono y ubicación (adicciones, violencia infantil, violencia intrafamiliar, trastornos de la alimentación, orientación jurídica

legal, etc.) para que los usuarios puedan acudir y recibir un tratamiento presencial sobre su problemática.

### **Objetivos Técnicos para el usuario.**

Se define como usuario a la persona que requiere el servicio.

- el operador mantendría la escucha activa de manera que el usuario se sienta escuchado y acompañado
- Facilitar la expresión del dolor del usuario
- conocer el uso de una red de apoyo para socializar su conflicto
- Canalizar.

## Contexto de la institución y del programa.

### Características de la institución.

El Programa Atención Psicológica a Distancia de la UNAM, pero para efectos del reporte lo mencionaremos como Call Center en lo subsecuente, es un servicio de atención psicológica vía telefónica perteneciente a la coordinación de Centros para la Atención e Investigación en Psicología, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

La Facultad de Psicología de la UNAM es una institución pública de enseñanza profesional y científica más importante de México, además de ser líder nacional en investigación en su campo. Para el desarrollo de sus funciones formativas, se sustenta en el trabajo coordinado de su personal académico y su personal administrativo, que en conjunto asciende a cerca de 900 personas.

Para llevar a cabo las actividades fundamentales de docencia, investigación, extensión académica, servicios psicológicos y actividades de formación integral, la Dirección de la Facultad se apoya primordialmente en las labores de la Secretaría General, la Secretaría Administrativa, la División de Estudios Profesionales, la División Sistema Universidad Abierta, la División de Investigación y Posgrado, la División de Educación Continua, la Unidad de Planeación y la Unidad Jurídica y las áreas que dependen de ellos.

El objetivo primordial de la **Dirección** es regir las actividades institucionales en todos sus aspectos, encaminando sus acciones a la formación de profesionistas e investigadores de excelencia en materia de Psicología.

La **Secretaría General** está al centro de la actividad académica y académico-administrativa de la Facultad. El secretario del Consejo Técnico coordina la dinámica de su actividad y, con el apoyo de las divisiones de Estudios Profesionales y del Sistema de Universidad Abierta, lleva adelante los principales proyectos de modificaciones académicas y académico-administrativas de la Dirección y la Facultad en la Licenciatura.

La **Secretaría Administrativa** planea, coordina, controla y supervisa el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, financieros, materiales y patrimoniales de la



Facultad, coadyuvando al cumplimiento de los objetivos sustantivos de la institución y de la entidad, en un marco de transparencia y apego a la normatividad y reglamentación vigentes.

La **División de Estudios Profesionales** coordina el proceso de formación de los alumnos inscritos en el Sistema Escolarizado, estableciendo los mecanismos operativos y de apoyo académico-administrativos para las coordinaciones y programas que la integran. Promueve también la formación y la actualización del personal académico y brinda orientación y apoyo académico y administrativo tanto a los estudiantes como a los profesores. Asimismo, está bajo su responsabilidad las Coordinaciones de los diferentes campos de la Licenciatura y la Coordinación de Centros de Servicios a la Comunidad y al Sector Social.

La **División Sistema Universidad Abierta** coordina todos los aspectos relacionados con la oferta de la modalidad semipresencial de la Licenciatura en Psicología, con un importante apoyo en plataformas tecnológicas basadas en Internet.

La **División de Investigación y Posgrado** es la instancia encargada de impulsar y fortalecer la investigación en la Facultad, tanto en el nivel de posgrado como en el de licenciatura.

La **División de Educación Continua** es la instancia encargada de vincular a la Universidad con la sociedad, brindando servicios académicos y profesionales de excelencia fundamentados en las contribuciones de la psicología científica, a partir de la oferta de actividades académicas como diplomados, cursos y talleres, así como servicios de formación, actualización, consultoría y asesoría especializada.

La **Unidad de Planeación** es la encargada de llevar a cabo la planificación, programación, evaluación y elaboración de Planes, Programas y Proyectos, así como establecer una adecuada planificación estratégica institucional de corto, mediano y largo plazo.

La **Unidad Jurídica** tiene la función de representar legalmente a la Facultad en la adecuada y oportuna suscripción de convenios académicos, en la atención a procedimientos civiles, penales y laborales, así como fungir como una unidad de apoyo y orientación legal para los miembros de la comunidad de la Facultad.

La Facultad de Psicología de la UNAM tiene la misión de formar íntegra y responsablemente a los profesionales de la Psicología, realizar investigación de vanguardia y difundir a la sociedad

sus resultados con el mayor de los rigores científico y ético, siempre con la finalidad de contribuir al desarrollo humano, calidad de vida y bienestar social de los mexicanos.

Por lo anterior, desde sus inicios, la Facultad se ha encargado de formar profesionales de la Psicología que sepan vincular el conocimiento generado por la investigación con las condiciones y los problemas psicológicos prioritarios del país, que estén capacitados para diseñar y elegir procedimientos de intervención para la solución de problemáticas individuales o grupales, sustentados en investigación básica y traslacional, y que posean responsabilidad social de la profesión en la producción y la aplicación de conocimientos.

Consecuentemente la Coordinación de Centros para la Atención e Investigación tiene como misión la vinculación académica con la práctica profesional. Prueba de ello son los programas vigentes de prácticas supervisadas con los que cuenta la misma que, a través de sesiones terapéuticas guiadas y prácticas en escenarios especializados, permiten a los estudiantes una inmersión en diferentes escenarios del quehacer profesional, siempre apoyados por el sustento teórico adquirido en el aula.

Tres de los centros, como son el Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” se encuentran certificados bajo la norma ISO 9001:2008.

Los cinco centros y cuatro programas que conforman la Coordinación se distinguen por el trabajo que realizan para garantizar la calidad del servicio de formación de estudiantes que ofrecen.

Los programas y centros pertenecientes a la Coordinación de Centros para la Atención e Investigación son los siguientes:

- Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.
- Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”
- Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CPAHAV).
- Centro de Servicio Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.
- Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial (CISEE).

- Programa de Atención Psicológica a Distancia (antes Call Center).
- Programa de Sexualidad Humana.
- Programa de Conductas Adictivas.
- Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Sociorganizacionales.

### **Características del Programa de Atención Psicológica a Distancia (antes Call Center).**

El origen del Call Center fue cuando se activó a través del programa de intervención en crisis por la epidemia de influenza que azotó al país en abril de 2009. Por la alta demanda de consultas telefónicas es que surge el programa como tal en el año 2012 como una respuesta a la necesidad de las personas de expresarse cuando hay una crisis.

El Call Center UNAM, cuya población inicial era la comunidad universitaria y población juvenil en general, debido al alto índice de llamadas recibidas, se abrió el servicio al público en general, cuyo único requisito es que cuente con una edad mínima de 16 años para poder recibir el servicio, que es mediante un número telefónico gratuito (56-22-22-88) que actualmente cuenta con 6 líneas que están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 18:00 p.m. en días hábiles de acuerdo con el calendario escolar estipulado por la Dirección General de Administración Escolar UNAM.

Al ser gratuito y de fácil acceso el contacto con los usuarios a los que se les complica la asistencia presencial a servicios psicológicos, ya que el programa no sólo atiende llamadas de la Ciudad de México o área metropolitana, sino que también atiende al interior de la República Mexicana. Se tiene como misión atender vía telefónica a los usuarios en situación de crisis por eventos como: problemas de pareja, problemas paterno-filiales, ansiedad, depresión, duelo, crisis de pánico, así mismo se brinda apoyo psicopedagógico y tutorías vía telefónica.

La gran diferencia con otros sitios similares que operan en el país es que el Call Center de la UNAM brinda intervención psicológica vía telefónica con la opción de continuar de forma presencial dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

De manera académica el Call center UNAM es encargado de formar operadores en un escenario real, por lo tanto, se integra por estudiantes, prestadores de servicio social, prácticas

profesionales, voluntarios, estos últimos pueden ser alumnos de varias especialidades de la Facultad de psicología, también egresados y titulados, los cuales se entrenan en primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y terapia breve.

El programa tiene como meta la resolución inmediata de las crisis individuales, grupales y el restablecimiento del funcionamiento del individuo y la sociedad antes, durante y después del evento crítico.

El programa se rige por los estatutos de la Universidad Nacional Autónoma de México, lo que significa que está amparado bajo el marco jurídico de la misma, puesto que pertenece a la coordinación de los centros para la atención e investigación que se encuentra en la Facultad de Psicología de la UNAM, por lo mismo es que se ve ajustada a la Ley general de Salud y al Código Ético del psicólogo, lo que significa que los operadores tienen la obligación de dar el encuadre al inicio de la primera sesión y de garantizar que toda la información que el usuario proporcione será confidencial (Martínez, 2016).

Martínez (2016) menciona que se da un consentimiento informado al momento de que el usuario acepta el siguiente encuadre:

“El Call Center está abierto de lunes a viernes, en un horario de ocho de la mañana a seis de la tarde, consta de seis a ocho sesiones, todas con una duración aproximada de cuarenta a cincuenta minutos, el terapeuta que contesta es quien llevará el seguimiento de las sesiones subsecuentes, los datos que proporcione se manejan de manera confidencial entre usted y el operador, atendemos a población en general a partir de dieciséis años en adelante y lo que no atendemos son casos legales (secuestros, violaciones, homicidios, divorcios, etc.)”

Cabe resaltar que los casos legales no se atienden por el hecho de que los operadores no están capacitados para dar asistencia legal, por lo cual sólo se puede canalizar a instituciones que puedan brindar el servicio que se requiere, si el usuario aun así desea tener la intervención por parte del operador puede hacerlo siempre y cuando ya tenga la asistencia legal pertinente por parte de la institución a la que se canalizó.

Con lo anterior se puede decir que el servicio no se le niega a nadie, pero por otro lado existen usuarios que abusan poniendo como excusa que lo requieren, incluso cambiándose el nombre

y la problemática por la cual llaman, a estos usuarios se les llama clientes frecuentes (Martínez, 2016).

Estos usuarios no tienen un motivo de llamada real o específico y sin embargo exigen que se les atienda incluso llamando más de tres veces al día, como se dijo antes, el Call Center no niega el servicio a nadie por lo que a los usuarios frecuentes hay que recordarles que ya habían llamado con anterioridad y por ende ya tienen un operador asignado; de igual forma se les tiene que mencionar que no pueden cambiar de operador y en dado caso recordarles el encuadre que ellos aceptaron en la primera sesión (Martínez, 2016).

Los operadores tienen que saber lidiar con estas situaciones, por lo mismo de que el aprendizaje dentro del programa es gradual, se da una etapa de modelamiento y otra de moldeamiento, lo que por su puesto significa que los operadores están en constante entrenamiento para poder adquirir habilidades de intervención en crisis (Martínez, 2016).

Para poder llevar a cabo sus actividades el Call Center está organizado de la siguiente forma:

- A) **Jefe del programa**, este se encarga de supervisar las actividades establecidas del programa, así como de que cada equipo cumpla con sus funciones.
- B) **Supervisores**, estos se encargan de supervisar a los operadores, también de que los formatos de las llamadas se llenen adecuadamente.
- C) **Tutores**, se encargan de supervisar y brindar apoyo a los operadores durante sus llamadas.
- D) **Equipo de investigación**, realiza búsqueda de temas relacionados con el Call Center, así como de recopilar la información que se pueda proporcionar a la comunidad científica.
- E) **Equipo de comunicación**, se encarga de hacer difusión del programa a los nuevos usuarios y operadores, así como de crear nuevo material que sirva dentro del programa.
- F) **Equipo de recursos humanos**, se encargan del reclutamiento de nuevos operadores.
- G) **Operadores**, son los que responden llamadas y llenan los formatos de cada una.

Los siguientes conceptos son básicos en el programa del Call Center, posteriormente serán definidos en los siguientes apartados, estos son:

- ❖ Crisis.
- ❖ Tipos de crisis.
- ❖ Modelos de atención en crisis.
- ❖ Terapia breve.
- ❖ Intervención en crisis.
- ❖ Resiliencia.

## CAPITULO UNO

### Actividades Realizadas en el servicio social.

#### 1.1 Actividades Realizadas en el servicio social.

La experiencia adquirida dentro del Call Center se centró en dos funciones:

La primera consistió en realizar funciones como operador telefónico, proporcionando intervención psicológica por vía telefónica de acuerdo con la normatividad de este programa, ésta consistía en una sesión de entrevista filtro, para sugerir la continuidad del servicio en cinco o siete sesiones que se centrarían en la atención de su problemática.

Las técnicas de intervención que se utilizaron dentro de las sesiones fueron con énfasis en la modalidad de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y Gestalt, ya que los casos que se atendieron fueron prioritariamente de problemas de pareja, ansiedad, depresión, duelo y en menor medida de tendencia suicida.

En menor medida se expuso y capacitó a personal de protección civil de la UNAM, lo que consistió en aclarar a los participantes qué es una crisis, seguido de la clasificación de los tipos de crisis que existen, para posteriormente explicar qué son los primeros auxilios psicológicos.

La estrategia didáctica para ejemplificar el cómo abordar a las personas si se presentara una crisis fue el roll playing y por último se demostraban las técnicas de relajación básicas como la respiración diafragmática, la relajación progresiva de Jacobson y la imaginación guiada.

El segundo encargo que se dio en el desarrollo de esta organización fue la de Tutor, este cargo se me encomendó cuando se cumplieron tres meses de servicio social y se ejerció durante un año completo, al actualizarse las funciones y normatividades del Call Center, por lo que , se crearon nuevos equipos, que requerían de técnicas de supervisión, función, que recayó en los operadores que tenían mayor experiencia atendiendo casos, en mi caso fui elegido para esta función porque antes de cursar el servicio social yo había cursado prácticas en SAPTEL por seis meses, cabe aclarar que en SAPTEL se da un entrenamiento intensivo de 30 días, el cual consiste, en cursar una parte teórica que se enfoca en leer textos que mostraban cómo entrevistar a los usuarios, la parte práctica, consistía en hacer un role playing con el psicólogo

que estaba a cargo en ese momento, esto se hacía con la finalidad de emular las posibles situaciones que uno como operador puede enfrentar. Con esta parte práctica lo que se busca es corregir posibles errores, como por ejemplo dar el encuadre y el control de la voz, una vez concluida la parte inductiva se pasaba a ser operador.

Se consideró implementar el cargo de tutor, ya que se ha visto que, en la mayor parte de las instancias de servicios privados y gubernamentales de atención telefónica, no se cuida la integridad emocional de su personal operativo, como norma de operación. De no efectuarse este paso, los operadores en activo continuarán siendo focos de propagación de esta forma de estrés, debido a las fuertes cargas de trabajo, la presión implícita a la labor que desempeñan y al tipo de usuarios a quienes atienden.

Es muy probable que de no hacer alguna intervención preventiva o correctiva, se continuaría fomentando la aparición de estos padecimientos asociados al agotamiento por desgaste profesional; a través de la presencia de cuadros depresivos, crisis de ansiedad y/o angustia, fatiga física, descontrol hipertensivo, cuadros de insomnio, mialgias (dolores musculares generalizados), gastritis, colitis, cefaleas de origen tensional o migrañas, entre otros muchos indicadores, siendo lo más preocupante la fuerte tendencia a la cronicidad de dichos padecimientos en los operadores de estos centros de atención psicológica.

Básicamente el cargo surge por lo anterior mencionado, ya que la función del supervisor consiste en ser la primera línea de ayuda para los operadores menos expertos, cada tutor aproximadamente tenía a su cargo a ocho operadores.

Para ilustrar lo antes expuesto, la función del tutor-supervisor, es hacer una forma de contención emocional a los supervisados una vez terminadas la ronda de llamadas, otra función será la de asesorar a los compañeros en sus llamadas, en caso de que presentaran dificultades al indagar información y por último lo que un tutor también hace es asesorar las dudas inmediatas que los compañeros manifiesten acerca de sus usuarios.



## **1.2 Objetivos del informe.**

### **Objetivo general del Informe Profesional del Servicio Social.**

El objetivo general del presente informe es proponer un manual de técnicas de intervención para el Programa de Atención Psicológica a Distancia (antes Call Center), ya que el mismo no cuenta con un manual lo que trae como consecuencia la lentitud y por ende la dificultad para el alcance tanto de las metas como de los objetivos propuestos por el programa.

### **Objetivo específico.**

Para contemplar lo anteriormente dicho, se mencionarán habilidades y técnicas obtenidas dentro de la misma y que fueron importantes al momento de dar intervención en crisis (para puntualizar cómo se abordó a los usuarios en cada intervención o lo que se trabajó con los mismos).

Así mismo también puntualizar limitaciones que se observaron en lo se cursó el servicio social, ya que como es un programa en constante crecimiento aún está falto de ciertos protocolos.

### **¿Para qué se hace?**

Con la finalidad de garantizar que los servicios brindados a los usuarios se realicen de la forma adecuada, conforme a los términos de referencia acordados, como son el uso adecuado de las técnicas psicológicas no invasivas y las estrategias de intervención, brindando un trabajo eficiente y de calidad.

### 1.3 Habilidades obtenidas.

#### La escucha activa

La escucha activa consiste en una forma de comunicación que demuestra al usuario que el operador le ha entendido.

García (2009) menciona existen varios niveles de escucha que se pueden emplear dependiendo de que nivel de entendimiento que se alcanza en cada caso:

1. **Parafrasear**, resumir lo que ha dicho. Si alguna parte ha captado la atención, se pueden resaltar las palabras que más han impactado. Es una forma de dirigir la conversación, porque el usuario va a ampliar la información sobre lo que se ha subrayado.
2. **Reflejar el estado emocional**. Además de que se le ha entendido, se le muestra que se sabe cómo se siente. Ayuda; pero no basta con decir: “sé cómo te sientes” o “te entiendo”.
3. **Validar**: mostrar que se acepta lo que dice, aunque no se esté de acuerdo. Es aceptable lo que se dice, se entiende; aunque no se esté totalmente de acuerdo.
4. **Estar completamente de acuerdo**. Existen usuarios que la única forma que tienen de admitir la empatía del otro es a través del acuerdo completo de la otra persona.
5. En cualquier caso, se puede cualificar lo que se dice como una opinión propia y no como una afirmación indiscutible. Se hace introduciendo un tono en la expresión que relativice lo que se dice o utilizando frases como: desde mi punto de vista o en mi opinión.

#### Rapport.

Esta noción tiene por objeto crear un ambiente de confianza y cooperación mutua para entablar una comunicación donde no haya juicios, distorsiones o malentendidos, sino una escucha sana. Con esta técnica se puede uno concentrar, sin distracciones, en lo que la otra persona trata de informar y a su vez hace que se comunique justo lo que uno quiere sin que suene a regaño, juicio, crítica o mala intención. De esta manera se logra que el mensaje sea escuchado tal y como se quiere, y a la vez uno se puede identificar con el usuario para entenderlo. Con esta herramienta o técnica no hay manipulación, justamente se trata de respetar al otro. El usuario y el operador son libres de decidir si aceptan o no los puntos de vista del otro, pero lo más

importante es que cada uno escuche y entienda al otro. Es de vital importancia para que el usuario no ponga resistencias y no niegue la información que se quiere recabar de su problemática y gracias al rapport (empatía) puede darse la adherencia terapéutica que pretendemos conseguir para que el usuario sea constante con su tratamiento (Ruster & Armas, 2008).

Durante su vida el ser humano cruza por diversas etapas o situaciones, debido a los cambios del medio donde se desarrolla, estas, pueden ser estables. Sin embargo, hay algunas situaciones donde aparecen nuevas exigencias o demandas que pueden llegar provocar un desajuste emocional y psicológico, esto se debe a que no todos los seres humanos pueden adaptarse, debido a diversos factores tanto internos como externos.

Por lo tanto, esto genera consecuencias negativas en nuestra vida provocando una crisis.

## CAPITULO DOS

### Intervención en Crisis.

#### 2.1 Concepto de Crisis.

Puesto que cada persona cuenta con distintos modos de afrontamiento, una vez rebasados estos, se da lo que se ha denominado una crisis. Diversos autores lo definen como oportunidad y crecimiento, con base a lo anterior se menciona a los autores que han definido el concepto de crisis a continuación.

Wilhelm (Slaikau, 1996) señala que, a partir de un análisis semántico, la palabra crisis revela conceptos que son ricos en significado psicológico. A manera de ejemplo analiza el término chino de crisis *Weiji*, el cual se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo.

Por su parte Lidell y Scott (Slaikau, 1996) refieren que la palabra inglesa se basa en el griego *Krinein*, que significa decidir; por lo que las derivaciones de dicha palabra indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento y momento crucial durante el cual habrá un cambio para mejorar o empeorar.

Martínez et. al. (2004) definen una crisis como una respuesta a eventos conflictivos, internos o externos, que es experimentada como un estado doloroso agudo donde, para protegerse, la persona utiliza mecanismos que le ayudan a aliviar su molestia y así volver a restablecer su equilibrio previo.

Por su parte Reyes (2007) la define como una situación límite en donde la persona pierde momentáneamente la capacidad para el manejo de una situación determinada y que es en estos momentos cuando se puede tornar más receptiva a la ayuda del exterior. Añade que 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.

Caplan (Morrice, 1976) define una crisis como un periodo transicional o un punto de viraje en la vida, el cual se presenta al individuo ya sea como la oportunidad para la adquisición de mayor experiencia y crecimiento personal o como el riesgo para incrementar su vulnerabilidad y un posible quiebre mental. Es así como la crisis confronta a la persona con obstáculos desconocidos en el curso de vida que le obligan a poner a prueba los recursos conocidos y la experiencia pasada para lograr salir adelante y con provecho de la misma.

Caplan (1985, citado en Reyes, 2007) continua definiendo a la crisis como un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace en cualquier ejemplo particular depende, hasta cierto punto, de la forma en que se maneje la situación; por lo que los individuos que logran dominar una experiencia penosa, resultan a menudo fortalecidos y más capacitados para encarar eficientemente en el futuro no sólo la misma situación, sino también otras dificultades.

Con base a lo anterior, observado desde un ángulo constructivo, la crisis como tal resulta bien en la invitación al enfrentamiento de la vicisitud de una manera positiva y abierta, en la búsqueda de soluciones realistas; o de manera menos nutritiva, originando la pérdida de control para abandonarse en los pensamientos catastróficos que alejan las opciones de solución disponibles, promoviendo el apego a esquemas repetitivos carentes de funcionalidad.

Morrice (1976) señala que su surgimiento está 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 favorecen 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 sí, que le resultan complejas al generarle demasiado movimiento en diversas direcciones y de manera simultánea, haciéndole experimentar un estado de indefensión.

Es característica de este estado la evocación de recuerdos matizados por el estrés y los consiguientes sentimientos que les acompañan. La consecuencia principal es el riesgo casi compulsivo de repetir comportamientos aprendidos, independientemente de su probada ineficacia. Pero ¿qué factores inciden para que el ser humano enfoque positiva o negativamente

las crisis en su vida al grado de generarle gran malestar y temor a su aparición?, ¿qué incidirá para que, en el mejor de los casos, la crisis sea considerada como una oportunidad para enriquecerse y adquirir nuevos conocimientos? Probablemente la respuesta se encuentre en la historia de vida del individuo, la historia de relación y en cómo fue aleccionado para el afrontamiento de los procesos críticos de la vida por aquellas figuras significativas que le formaron; llámense padres, profesores, líderes espirituales, grupos sociales, etc.

Caplan (Morrice, 1976), describe en su teoría a la crisis como un proceso que ocurre en tres diferentes fases, a señalar:

- a) **Fase de Impacto:** Caracterizada por una falla en los mecanismos de afrontamiento habituales, dando lugar a experimentar signos de estrés a través de sentimientos de inestabilidad y confusión. Haciendo uso de la imaginación y la fantasía, más como mecanismo defensivo, el sujeto deseará que el evento desaparezca y pretenderá que este no ha ocurrido del todo, aferrándose a intentar llevar a cabo sus actividades cotidianas de manera normal de manera poco exitosa, mostrando respuestas ineficaces en sus diversos ámbitos ya sean el laboral, familiar, pareja, escolar, etc.
- b) **Fase de Decaimiento o retroceso (Recoil):** Caracterizada por el incremento de la desorganización, en que el individuo de lleno se ubica en el centro de emociones poco placenteras como el enojo, la culpa, la pena y su atención girará en torno a cuestionamientos existenciales. Es en este momento en que hacen aparición esquemas relacionados con la percepción de que las actividades que forman parte de su rutina diaria pierden sentido, dando lugar a un desempeño deficiente lo cual le llevará a experimentar sentimientos de impotencia. A partir de este momento son evidentes los signos y síntomas de extenuación, fatiga o insomnio, mismos que pueden dar origen a la somatización de la crisis a través de enfermedades diversas.
- c) **Fase de Ajuste y Adaptación:** Si los recursos al alcance del individuo son puestos a su disposición el problema es controlado e incluso solucionado. La quiebra a través del evento crítico, más que la quiebra por el evento crítico podrá ser incorporada positivamente a su acervo en la medida de que el individuo

aprenda a mirarla desde ángulos positivos, logrando así redefinir el suceso traumático y promover soluciones frescas e innovadoras al mismo.

Es así como la persona desarrollará la capacidad de modificar y/o controlar algunas circunstancias, así como los elementos estresantes de tipo medioambiental; por lo que el evento crítico podrá encaminarse a su solución o al manejo de opciones orientadas a su aceptación y la respectiva reducción de las demandas internas de solución, en el entendido de que las cosas que no pueden ser modificadas pueden pasar a ser aceptadas como inevitables. No obstante, algunos fragmentos de la problemática probablemente podrán tener solución y es así como algunas formas alternativas de solución empezarán a hacer aparición.

## **2.2 Tipos de Crisis.**

Slaikau (1996) propone la existencia de dos tipos de crisis:

Las primeras son aquellas **propias del proceso del desarrollo** que, se refieren a crisis de las que se tiene conocimiento que, tarde o temprano, se harán enfrentamientos. Desde las más simples como el ingreso al colegio y el avance en los grados escolares (el primer empleo o un ascenso en el mismo, entre otras) hasta las de mayor complejidad (como son la llegada de la pareja, la independencia del hogar familiar, la llegada de un hijo, la muerte o pérdida de un ser amado y significativo en la vida, la pérdida de la salud, de las capacidades, entre otras) mismas que obligan al abandono de los habituales estados de comodidad y estabilidad para reubicarse en nuevas posiciones que implican ciertos retos y la capacidad para generar herramientas, así como el despliegue de recursos aprendidos para asegurar la adecuada subsistencia.

Las segundas son las crisis **circunstanciales de la vida**, atribuibles a eventos sorpresivos que, si bien se considera la posibilidad de su existencia y aparición, no se tiene la certeza de cuándo sucederán. Se caracterizan por ser accidentales o inesperadas, llámense eventos catastróficos como aquellos originados por sismos, inundaciones, incendios, accidentes de cualquier tipo, entre otros; o bien aquellos asociados a cambios repentinos en el estatus que afectan la estabilidad individual y colectiva como lo son las crisis económicas que originan situaciones de desempleo y estallidos sociales, mismos que pueden encontrar su traducción en pérdidas de vidas humanas, económicas, patrimoniales, ecológicas, por citar algunas; y cuyas

consecuencias se pueden considerar como detonantes de la pérdida de la salud física y/o emocional individual y/o colectiva.

Es importante resaltar que los eventos críticos en la vida no siempre impactan de la misma manera en todas las personas; sin embargo, resulta de interés la categorización planteada por Holmes y Rahe (Slaikeu, 1996), conocida como el Índice de Readaptación Social, en el que asignan un valor numérico a diversos eventos críticos referentes al nivel de impacto que estos pueden tener en la persona. El evento de mayor valor corresponde al fallecimiento de la pareja o cónyuge, seguido del divorcio, la separación matrimonial, la pérdida de la libertad y así hasta llegar a las de menor valor como la pérdida del empleo, el matrimonio o la reconciliación matrimonial.

### **2.3 Modelo de intervención en crisis.**

Está formado por dos categorías de intervención.

- Intervención de primera instancia (primeros auxilios psicológicos)
- Intervención de segunda instancia (Terapia Breve)

#### **2.3.1 Primeros Auxilios Psicológicos. (PAPS)**

Son intervenciones no necesariamente formales, que se producen ante una circunstancia donde una persona afectada, tiende a percibirse como desbordante, y tiene como principal objetivo amortiguar efectos de dicha situación y así proporcionar recursos de contención ante la misma y prevenir que esto empeore.

Una de sus características es que puede tener una duración que va de minutos a horas, en sesiones que no deberían exceder las cinco, dependiendo del evento que se trate y puede ser brindada por cualquier persona no necesariamente vinculada con el ámbito de la salud mental; por lo que es la herramienta de elección para ser empleada por médicos, profesores, trabajadores sociales, personal de enfermería, oficiales de policía, bomberos, rescatistas, abogados, entre otros, siempre y cuando sean adecuadamente seleccionados y capacitados para brindar dicho apoyo.



Básicamente el modelo operativo de este tipo de intervención se compone de cinco elementos fundamentales a seguir y que son la base del **Modelo de Intervención de Primer Orden**; el cual, de acuerdo con Weiss (2005), consiste en una ayuda inmediata que dura de minutos a horas y que es desarrollada por profesionales que están en contacto con situaciones críticas. Igualmente se desarrolla en ambientes comunitarios como casas, colegios, servicios de urgencias, oficinas entre otros y su objetivo se enfoca a restablecer el enfrentamiento inmediato en la persona, lo cual implica brindarle apoyo, reducir el riesgo vital y vincularle con los recursos de ayuda, siendo los elementos para considerar:

- 1. Realización del primer contacto psicológico:** Al entrar en contacto con la persona en crisis es de suma importancia mostrar empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de esta; escucharle atentamente sobre cómo visualiza y comunica su situación “crítica”, invitándole a que hable y que escuche lo que relata, esto es lo que sucedió (hecho) y el cómo reacciona (sentimientos y actitudes) ante este. Su objetivo principal es lograr que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; lo cual le lleva a disminuir la intensidad de la ansiedad y angustia.

Analizar las dimensiones de su problemática enfocado a tres áreas:

- a) presente** (qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer)
  - b) el pasado inmediato**, aquellos acontecimientos que condujeron al estado de crisis (qué, quién, cuándo, cómo)
  - c) el futuro inmediato**, los riesgos para la persona y la preparación para soluciones inmediatas.
- 2. Sondeo de posibles soluciones a su problemática:** Se buscará identificar un rango de posibles soluciones que satisfagan las necesidades, tanto a corto como a largo plazo; lo cual implica “acompañar” a la persona en crisis durante la generación de las alternativas, sin dejar de lado el análisis de aquellos factores que puedan obstaculizar la ejecución de un “plan” en particular.
  - 3. Iniciación de los pasos concretos:** Implica que, quien le interviene, de manera facilitadora o directiva (según las circunstancias), se adentre en el proceso ayudando a la persona a ejecutar una acción en concreto para tratar con la crisis.

- 4. Verificación del progreso:** Referente a que, quien le interviene, debe buscar la manera de verificar la eficacia de los PAP (Primeros Auxilios Psicológicos) así como de su cumplimiento, a través de su puntual seguimiento.

Es de hacer notar que esta ayuda debe ser:

- **Oportuna:** Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo tanto para la persona como para su familia; se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (puede ser en servicios de emergencia o en teléfonos de ayuda). El énfasis en la oportunidad se considera para reducir el peligro de respuestas violentas o autodestructivas y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.
- **Enfocada al establecimiento de metas:** Donde lo principal es ayudar a la persona a recuperar el equilibrio en su funcionamiento emocional hasta antes del incidente que precipitó la crisis, o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico.
- **Susceptible de ser valorada:** Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de las áreas personales, es decir las funciones **Conductuales, Afectivas, Somáticas, Interpersonales y Cognitivas (CASIC)** implicadas en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona (como la pérdida de su patrimonio) se complementa con la información acerca de lo que es aún funcional (redes de apoyo) (Álvarez & Cruz, 2006).
- **Determinada a tiempo de intervención:** Aunque no existe un consenso generalizado sobre la duración de las intervenciones, se privilegian para el trabajo de atención a víctimas de crisis y desastres las acciones breves, que pueden perdurar desde minutos hasta horas, lo cual dependerá del grado de afectación en la persona y de su voluntad y disposición para recibir la ayuda.

## **Objetivo de los Primeros Auxilios Psicológicos.**

- Alivio Inmediato en los síntomas de reacción.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo. (Cognitivo, Afectivo, Somático, Interpersonal y Conductual)
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueda utilizar.
- Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo que hasta ahora sucedió.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento.

### **2.3.2 Terapia Breve.**

La terapia breve puede ser definida como la técnica para la solución de problemáticas complejas a través de soluciones en apariencia simples. Representa la propuesta psicoanalítica al trabajo con pacientes en crisis, dejando de lado su característica selectiva. Se encuentra orientada a definir problemas solubles, definir metas y objetivos, abreviando tiempos con tratamientos cortos para que, una vez alcanzadas las metas, se realice la evaluación de los logros.

Bellak (1988) refiere la terapia breve como una intervención realizada en pocas sesiones, basada en la utilización de técnicas específicas para la consecución de una meta particular. Su aplicación se encuentra dirigida a cualquier tipo de problema emocional. Si ésta se utiliza en una situación de emergencia, habrá que referirse a ella como una psicoterapia breve de emergencia.

Weiss (2005) menciona que este tipo de intervención se centra en que el sujeto enfrente el suceso crítico, lo integre a la estructura de su vida y logre restablecer la disposición para enfrentar el futuro; su duración puede ir de semanas a meses y debe ser realizada por profesionales de la salud o psicoterapeutas, quienes trabajan con el paciente en las siguientes dimensiones:

- a) Ayudándole a sobrevivir a la experiencia de crisis.
- b) Promoviendo que identifique y exprese los sentimientos producto de la situación de crisis.
- c) Apoyándole para que obtenga dominio cognoscitivo sobre ella.

- d) Logre desarrollar un rango de adaptaciones interpersonales necesarias para la crisis.

La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que esta última se enfoca en el tratamiento de trastornos psicológicos como depresión, anorexia, esquizofrenia, ansiedad, etc.; y tiene una duración superior a cinco sesiones, de acuerdo con la severidad del trastorno o de la existencia de varias patologías.

## **2.4 Intervención en Crisis.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. De igual manera como un estado en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La intervención en crisis se puede definir como el proceso que sirve para ayudar a una persona o a una familia a soportar un hecho traumático, de modo que las consecuencias sean menores y haya una mayor probabilidad de crecimiento. (Slaikeu, 1996).

Parad y Parad (1990, citados en Álvarez, 2012) mencionan que la intervención en crisis permite un proceso interno que puede influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes generadores de trastornos y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas; así como los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

Esta descripción será incompleta si no se mencionan las características de la intervención, ya que estos son los que se tienen que tener presentes al momento de abordar a los usuarios con sus problemáticas, por consiguiente, el siguiente apartado será dedicado a puntualizar dichas características.

### **2.4.1 Características de la intervención.**

- Es limitada en el tiempo (Depende mucho del modelo de cada autor, ya que cada uno puntualiza un determinado número de sesiones.)
- Se enfoca en el aquí y en el ahora
- No se investiga sobre el pasado remoto de la persona
- Se hacen confrontaciones del sujeto con la realidad
- El objetivo es la resolución de la crisis
- Se debe promover una alianza terapéutica
- Esta intervención breve puede llevarse desde una hora, hasta días después de la crisis, dependiendo de la gravedad, así pues, la intervención en crisis consiste en brindar apoyo, escuchar, permitir la catarsis y ayudar a la persona a vincularse con otros recursos de ayuda.
- Lo que se busca con este tipo de ayuda psicológica, es que las personas reestablezcan, su salud mental, para que puedan seguir adelante.

Sin embargo, algunos autores coinciden en que esta tiene una duración promedio de 6 sesiones, que puede ser adaptada o modificada a la circunstancia del peticionario

Para ilustrar lo anterior, se describirá el modelo de Naomi Golan (Reyes, 2007), ya que puntualiza tres fases al momento de dar intervención a los usuarios, las cuales son:

#### **1. Fase inicial: Formulación (1ª Sesión)**

- Enfoque sobre el estado de crisis.
- Evaluación.
- Contrato.

#### **2. Fase media: implantación (entrevistas 1ª a 6ª Sesión)**

- Recolección de datos.
- Cambio en la conducta.

### 3. Fase final: Terminación (Sesiones 7ª a 8ª si fuesen necesarias)

- Decisión sobre la terminación.
- Revisión de los progresos alcanzados.
- Plan futuro.

#### **2.4.2 Objetivos de la intervención.**

- Contener el impacto emocional, cognitivo y conductual y fisiológico de las personas que sufren el impacto de una situación de emergencia.
- Activar los recursos de las personas y comunidades.
- Visibilizar y articular redes de apoyo.

Una vez puntualizados los objetivos de la intervención en crisis es importante dedicar el siguiente apartado a las influencias que dieron forma al concepto como tal, sin estas teorías la intervención en crisis no tendría tanta relevancia como la tiene actualmente.

#### **2.5 Influencias Teóricas de la Técnica de Intervención en Crisis.**

Entre los fundamentos más sobresalientes se encuentra la teoría del desarrollo de Erikson (1963, citado en Slaikeu, 1996), quien sostenía que la búsqueda de la identidad es el tema más importante a través de la vida, donde la teoría freudiana subestimaba la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad. De igual manera conceptuaba a la sociedad como una fuerza positiva que ayudaba a moldear el desarrollo del Yo. Desde su óptica teórica, divide a la vida humana en ocho períodos o etapas, donde cada una representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor.

Cada crisis es un momento crucial para la resolución de aspectos importantes y éstas se manifiestan en momentos determinados según el nivel de madurez de la persona. Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis, el Yo continuará su desarrollo hasta la siguiente etapa; si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria, su presencia continua interferirá el desarrollo sano de dicha instancia.

De acuerdo con Erikson (1963, op. cit., 1996), la solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que un rasgo positivo se equilibre con uno negativo tal y como se indica a continuación:

**1.-Confianza básica vs. Desconfianza** (del nacimiento hasta los 12 ó 18 meses): El bebé desarrolla el sentido de confianza ante el mundo. **Virtud:** la esperanza.

**2.-Autonomía vs. Vergüenza y duda** (de los 12 ó 18 meses a los 3 años): El niño desarrolla un equilibrio frente a la vergüenza y la duda. **Virtud:** la voluntad.

**3.-Iniciativa vs. Culpabilidad** (de los 3 a los 6 años): El niño desarrolla la iniciativa cuando ensaya nuevas cosas y no se intimida ante el fracaso. **Virtud:** el propósito.

**4.-Industriosidad vs. Inferioridad** (de los 6 años a la pubertad): El niño debe aprender destrezas de la cultura a la cual pertenece o enfrentarse a sentimientos de inferioridad. **Virtud:** la destreza.

**5.-Identidad vs. Confusión de identidad** (de la pubertad a la edad adulta temprana): El adolescente debe determinar el propio sentido de sí mismo. **Virtud:** la fidelidad.

**6.-Intimidad vs. Aislamiento** (edad adulta temprana): La persona busca comprometerse con otros; si no tiene éxito, puede sufrir sentimientos de aislamiento y de introspección. **Virtud:** el amor.

**7.-Creatividad vs. Ensimismamiento** (edad adulta intermedia): Los adultos maduros están preocupados por establecer y guiar a la nueva generación; en caso contrario se sienten empobrecidos personalmente. **Virtud:** preocupación por otros.

**8.-Integridad vs. Desesperación** (vejez): Las personas mayores alcanzan el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite la aceptación de la muerte; en caso contrario caen en la desesperación. **Virtud:** la sabiduría.

El enfoque de Erikson (1963, citado en Slaikeu, 1996) sobre el ciclo vital del desarrollo resultó una certera aportación para la teoría de la crisis; considerando que para este cada una de las etapas indicadas presenta un nuevo reto, transición o crisis. Sugirió que el desarrollo subsecuente se presenta en línea, por lo que el individuo, al no poder resolver la crisis en cuestión, corre el riesgo de obnubilarse y confundir sus decisiones de adulto hasta en tanto su conflicto original no se resuelva.

Es así como el interés de Caplan (1967, citado en Slaikeu, op. cit.) se orientó a determinar cómo la gente trataba las diversas transiciones de una etapa a otra e identificó el papel de los recursos personales y sociales en la determinación de la manera en que una crisis resultaría en un mejoramiento o empeoramiento de su condición emocional.

A principios de la década de los 60's surgen centros de prevención que ofrecían servicio las 24 horas de los 365 días del año a través de líneas telefónicas. Si bien estos centros se dedicaban a la prevención del suicidio, rápidamente cambiaron a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda a una gran variedad de crisis. La principal estructura teórica de este tipo de trabajo se apoyó en la orientación para la crisis vital de desarrollo de Caplan, (1967, citado en Salikeu, 1996); donde la idea fue comprender la grave desorganización y perturbación en términos de la teoría de la crisis, para todos los casos, lo mismo fuera una crisis de suicidio que una de divorcio, desempleo, maltrato conyugal, entre otras.

Al hablar de crisis y de su intervención, es oportuno el término resiliencia, ya que toma relevancia en la recuperación de los usuarios ante una crisis y cabe decir que es el resultado esperado en el o los usuarios al término de la intervención.



## **2.6 Concepto de resiliencia.**

Es un elemento favorecedor para el enfrentamiento de las situaciones y que, en muchas ocasiones, se puede atribuir la superación de la persona a eventos traumáticos y devastadores a lo largo de su historia de vida.

Cabe destacar que la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un medio insano; procesos que tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio (Rutter, 1993).

De acuerdo con Vanistendael (Kotliarenco, 1997), la resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; y, por otra parte, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles. Igualmente añade que el concepto incluye, además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

En la actualidad se han realizado diferentes estudios donde se mide la resiliencia en distintos grupos de mujeres y hombres, los resultados de dichos estudios sugieren que, al comparar puntajes por sexo, los índices obtenidos por las mujeres fueron considerablemente más altos que en los hombres, lo que puede deberse a la fortaleza y confianza en sí mismas de las mujeres, así como al apoyo familiar y social (en menor medida este último) (Valadez, Reyes, Morales, Pérez, & Galván, 2015)

## **2.7 Características de una persona resiliente.**

La mayoría de las personas resilientes presentan una buena autoimagen y una alta valoración de sí mismos, alta disposición al trabajo, alta motivación de logro, gran capacidad para resolver problemas, persistencia y esfuerzo; actitud esperanzadora, proyecto de vida y se perciben con importantes recursos psicológicos para enfrentar y mejorar sus condiciones de vida.

La orientación humanista, a través del optimismo antropológico, plantea que aún en circunstancias precarias y restringidas, el ser humano tendría un grado de libertad para elegir y hacer seres responsables de sí mismos y parcialmente responsable por los otros y el entorno. Por lo tanto, el ser humano sería un sujeto autónomo y al mismo tiempo independiente; produciendo equilibrios cambiantes entre estos dos aspectos en tensión. En este sentido, se puede mencionar a Carl Rogers (Torres, 2006), cuando enfatizó que el hombre posee una tendencia innata a la autorrealización, que puede ser obstaculizada pero no destruida.

De la misma manera que se habló de resiliencia y cómo se comporta una persona resiliente, cuando ésta queda rebasada por los recursos que siempre se han empleado, cabe destacar el uso de las técnicas psicológicas no invasivas, para mejorar o inducir la resiliencia; a continuación, se expondrán estas técnicas, así como la propuesta de un manual de técnicas de intervención en crisis.

## CAPITULO TRES

### **Propuesta de un manual de técnicas de Intervención en Crisis.**

Una de las formas para evitar el mal desempeño de los operadores es aplicando un manual donde se explique detalladamente los procedimientos y técnicas para llevar a cabo una intervención eficaz y eficiente; con el fin de maximizar las actividades de capacitación, optar por un amplio control y por ende ayudar a agilizar el desarrollo de las actividades del programa.

Sin embargo, existen programas que no usan tan valiosa herramienta para realizar o ejecutar adecuadamente los procedimientos que deben ser llevados en las intervenciones, motivo por el cual se ven desfavorecidos debido a que no tienen un control u orden de las funciones a realizar, por lo tanto el principal problema del Call Center es que al ser un programa en constante crecimiento carece de distintos protocolos, siendo uno de los principales las técnicas de intervención en crisis, ya que estas técnicas se ocupan al momento de abordar a los usuarios y se hace con el fin de asegurar resultados favorables.

Por las necesidades que presenta dicho programa se ve la necesidad de proponer un manual de técnicas de intervención en crisis, para que de esta manera se pueda mantener un orden cronológico, desarrollar con éxito las actividades y así lograr un desempeño en la parte laboral con el alcancé de los objetivos propuestos por él Call Center.

La propuesta de un manual de técnicas de intervención en crisis se divide de la siguiente manera:

- Técnicas psicológicas no invasivas.
- Estrategias de intervención.

### **3.1 Técnicas psicológicas no invasivas**

Estos procesos consisten en ejercicios para reducir los efectos de una crisis, para que los usuarios puedan entrar en un estado de distensión; estas técnicas son parte de la intervención en crisis y serán las herramientas que se proporcionarán a los usuarios, con la finalidad de desarrollar estilos resilientes al afrontar futuras situaciones provocadas por los remanentes de esta o alguna otra crisis.

Las técnicas que se mencionarán estarán ordenadas de una mayor a menor efectividad en cuanto a la reducción de las secuelas derivadas de una crisis.

### **3.2 Respiración Diafragmática.**

La respiración es el proceso a través del cual captamos oxígeno del aire y eliminamos el anhídrido carbónico que procede del metabolismo de nuestro organismo a nivel celular. Pero en realidad es mucho más que eso, es la base de la vida. Determina la oxigenación de nuestros órganos principales e influye en el cerebro y sistema nervioso de tal forma que podemos mejorar nuestro estado físico y mental a través de ella (Ruibal, 2001).

Hoy en día aumentan las enfermedades por causa de la contaminación, sedentarismo, posturas inadecuadas, estrés, éste último es un factor clave que no permite la respiración correcta. El estado emocional influye en la respiración, los pensamientos la afectan (temor, enfado, entre otros.). La respiración está regulada por el sistema nervioso, pero tiene la característica de que podemos influir voluntariamente en ella variando su ritmo y profundidad. Está vinculada a la salud (física y psíquica) pues nuestra respiración es diferente según nuestro estado de ánimo. Si estamos nerviosos la respiración es rápida y superficial y si estamos relajados es lenta y profunda. Pero como podemos influir conscientemente en ella resulta que al realizar espiraciones profundas favorecemos la relajación y si tomamos aire forzosamente, creamos tensión. Existe entonces una estrecha relación entre respiración y relajación, si nos relajamos nuestra respiración se hace más tranquila y viceversa, cuando respiramos pausadamente podemos adquirir un estado de relajación. De hecho, una actividad considerada de relajación tiene que acompañarse de una respiración adecuada (Ruibal, 2001).

Los problemas en el plano psíquico (fobias, depresiones) se transmiten a la respiración y se puede influir sobre estos estados actuando sobre la respiración. Ésta juega un papel importante en muchas técnicas de relajación (entrenamiento autógeno, tai chi, yoga) pero utilizada como técnica exclusiva posee ciertas ventajas:

- Las técnicas respiratorias requieren un aprendizaje sencillo.
- Son útiles para personas con dificultades para relajarse con otras técnicas.
- Requieren poco espacio y material para realizarse.

### **3.2.1 Proceso respiratorio.**

Normalmente se respira entre 15 y 18 veces por minuto, aunque si se está relajado disminuye la frecuencia hasta 5 ó 10 veces y si se realiza un esfuerzo importante puede aumentar por encima de 30 por minuto.

Es importante señalar que el aire de los pulmones no es totalmente del exterior, pues existe una parte de aire residual con anhídrido carbónico proveniente de la anterior respiración de tal forma que si no realizamos una espiración completa presentamos menos oxígeno en nuestros pulmones y células. De esta forma tenemos dificultad para eliminar toxinas y aumenta el estrés. Sí, en cambio, hacemos una respiración lenta y prolongada quedará menos aire residual y entrará más oxígeno (Ruibal, 2001).

Este proceso respiratorio consta de dos partes: respiración pulmonar o externa que sería el intercambio gaseoso entre el aire y la sangre, y respiración interna o celular, intercambio gaseoso entre la sangre y las células (Ruibal, 2001).

En la inspiración se contraen los músculos diafragma e intercostales. Se desplaza el diafragma hacia abajo y los intercostales tiran arriba de las costillas y aumentan la capacidad del tórax expandiéndose los pulmones. Al aumentar el tamaño pulmonar se genera una presión intrapulmonar negativa, y entonces se absorbe aire hasta el momento en que se igualan las presiones, pulmonar y atmosférica (Castro B, 2009).

La espiración se realiza cuando los músculos respiratorios se relajan, el diafragma asciende, disminuye el volumen pulmonar lo cual hace que aumente la presión del aire en su interior, saliendo hasta que se igualan la presión pulmonar y atmosférica (Castro B, 2009).

### 3.2.2 Nariz.

La función de la nariz es importante en la respiración. En la nariz existen vellos para filtrar el polvo, la velocidad de entrada es más lenta y el aire se calienta para evitar infecciones de las vías respiratorias. Respirar por la boca, por el contrario, favorece la aparición de infecciones, sequedad y que la respiración sea más superficial (Castro B, 2009).

Entre cada respiración existe una pequeña pausa, importante para que se facilite el intercambio de gases. Si se está nervioso y estresado desaparece dicha pausa con lo que la respiración no descansa (Castro B, 2009).

La respiración no debe forzarse, se toma aire lentamente y de forma continua, pero esto no significa una gran cantidad de aire. Si se está estresado se tensan los músculos respiratorios y cuesta más trabajo la inspiración, se gasta más energía y la elasticidad alveolar se reduce con lo cual, la espiración quizás necesite la ayuda de músculos intercostales y abdominales (Ruibal, 2001).

### 3.2.3 Músculos respiratorios.

De acuerdo con Ruibal (2001) los músculos respiratorios tienen como función aumentar o reducir la capacidad torácica para favorecer la entrada y salida del aire de los pulmones.

- **Diafragma:** Músculo principal de la respiración. Tiene forma de cúpula con la convexidad hacia los pulmones. Cuando inspiramos se aplana provocando un aumento del diámetro vertical de la caja torácica, entonces se contrae y eleva las costillas y esternón de forma que aumenta el diámetro transversal y anteroposterior.
- **Abdominales:** Sobre todo intervienen en la espiración forzada.
- **Intercostales externos:** Se insertan en las costillas y al contraerse las elevan y así aumenta el diámetro de tórax.
- **Músculos auxiliares en la inspiración:** trapecios, pectoral mayor, esternocleidomastoideo, serrato mayor, dorsal ancho.

### 3.2.4 Espiración.

Fenómeno pasivo debido a la relajación del diafragma y los intercostales externos. En la espiración forzada intervienen: recto del abdomen, transverso, oblicuos, serrato mayor, cuadrado lumbar.

### 3.2.5 Tipos de respiración.

Ruibal (2001) menciona que existen tres tipos diferentes de respiración, dependiendo de los músculos que se pongan en funcionamiento para aumentar la capacidad torácica y facilitar la entrada de aire a los pulmones. Existe una cuarta posibilidad que consiste en combinar los tres tipos de respiración.

- **Respiración abdominal.**

Actúa principalmente el músculo diafragma. Al respirar por la nariz se facilita este tipo de respiración. Solemos estar relajados cuando utilizamos la respiración abdominal, aporta una gran cantidad de oxígeno y produce un efecto beneficioso en los órganos del abdomen por el masaje interno que provoca.

- **Respiración torácica.**

Intervienen los músculos intercostales y aumenta el diámetro transversal del tórax. Es la más utilizada en nuestra sociedad, pero no es completa.

- **Respiración clavicular.**

Se ensancha la parte superior del pecho, aquí los pulmones no se expanden demasiado y el oxígeno no es suficiente. Cuando estamos muy tensos realizamos este tipo de respiración superficial.

- **Respiración completa.**

Es una combinación de los tres tipos anteriores, produce una oxigenación óptima, es la más calmada pero muy poco utilizada ya que la tensión diaria dificulta el movimiento amplio de la caja torácica. Es muy beneficiosa para nuestra salud actuando sobre todos los sistemas orgánicos.

### **3.2.6 Beneficios de una buena respiración.**

Ruibal (2001) describe los siguientes puntos:

- Disminuye la fatiga.
- Aumenta el oxígeno en la sangre.
- Por la relación con los estados de ánimo calma nuestra mente.
- Mejora la capacidad de dilatación de la caja torácica.
- Facilita el aumento de volumen respiratorio.

### **3.2.7 Ejercicio de Respiración Diafragmática.**

López y Trejo (2007) describen el ejercicio de la siguiente manera:

- ❖ Prepare su ambiente y acomódese para reducir o no tener ninguna interrupción durante los próximos siete minutos (aproximadamente).
- ❖ Siéntese cómodamente con sus brazos y sus piernas extendidas, si lo considera necesario afloje su ropa (cinturón, corbata, etc.) (durante 3 segundos).
- ❖ Si lo prefiere cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (durante 6 segundos) va a empezar a relajarse mientras avanza, todos sus músculos comenzarán, a partir de sus pies, a aflojarse hasta llegar a su cabeza (durante 5 segundos).
- ❖ Después de unos segundos, ponga atención en su respiración (durante 4 segundos), respire dejando entrar sin prisa el aire lenta y profundamente de manera que pueda sentir como su estómago se va inflando (durante 3 segundos), aumentando de tamaño (4 segundos), cuando deje salir el aire hágalo que dure dos veces más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar (durante 6 segundos).
- ❖ Tome aire de tres a seis veces por minuto, preste atención a los momentos en los cuales la respiración sale y el momento cuando el aire entra (durante 5 segundos).



- ❖ Fíjese en todo lo que le sea posible acerca de su respiración, en sus músculos endurecidos o flojos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de resequedad o más humedad en su nariz y otras cosas (durante 7 segundos).
- ❖ Después de algunos ciclos de respiración lenta y profunda comience a fijar su atención, en una palabra, en una frase, en una imagen o en un sabor o lo que usted prefiera, cuando el aire vaya saliendo lentamente, palabras como: relajarse, aflojarse, estar con serenidad y tranquilidad pueden funcionar para estos fines (durante 5 segundos), use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (durante 7 segundos).
- ❖ Trate de ver la palabra con el “ojo de su mente” o trate de escucharla con el “oído interno” (durante 7 segundos).
- ❖ Pueden estar presentes algunas distracciones, pueden ser sonidos o voces o pensamientos de otros lugares y otros momentos, use estos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda y en su palabra o imagen escogida (durante 16 segundos).
- ❖ Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, agradable, tranquilo, y a medida que van avanzando en el ejercicio el lugar va siendo más claro y más cercano, continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (durante 13 segundos).
- ❖ Tómese su tiempo y empiece a abrir sus ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y a comentar como se siente (durante 7 segundos).
- ❖ El ejercicio ha concluido.

### **3.3 Relajación muscular progresiva de Jacobson.**

Edmund Jacobson (Chicago 1888-Chicago 1983) fue médico en medicina interna, psiquiatra y fisiólogo. Después de años de investigación, Jacobson pudo comprobar y demostrar la relación que existía entre una excesiva tensión muscular con diferentes trastornos físicos y psíquicos y que éstos se podían reducir aprendiendo a relajar las tensiones musculares. Él es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. A principios de siglo concibió un método para relajarse cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo.

“Jacobson descubrió que tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la Relajación Progresiva (1938), una descripción teórica de su teoría y procedimientos. Cuatro años antes se había escrito “Tú debes relajarte” como una versión para no profesionales del mismo material. Desde 1936 hasta los años sesenta, Jacobson continuó sus investigaciones en el Laboratorio de Fisiología Clínica de Chicago. Desde 1962, el procedimiento básico de relajación incluyó quince grupos de músculos. Cada grupo era tratado en sesiones que iban de una a nueve horas diarias, antes de continuar con el grupo siguiente, con un total de 56 sesiones de entrenamiento sistemático.” (Bernstein, & Brokovec, 1983, p.13).

La cantidad de horas propuestas por Jacobson para el entrenamiento de la relajación progresiva es una limitación seria para la posibilidad de aplicación de la técnica.

Fue Josep Wolpe (1968) quien adaptó la técnica como elemento de contra condicionamiento y la redujo a seis sesiones de veinte minutos con dos sesiones de práctica diaria, en casa, de quince minutos.

“Los procedimientos de Wolpe fueron similares a los de Jacobson en cuanto a tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir la relajación profunda. Sin embargo, el terapeuta en este caso dirige todos los aspectos del procedimiento a través de instrucciones verbales presentadas durante las sesiones de entrenamiento. Los terapeutas de Wolpe empleaban la

sugestión directa e incluso procedimientos hipnóticos para facilitar el conocimiento de las sensaciones corporales” (Bernstein, & Brokovec, 1983, p.14).

### **3.3.1 Postura inicial.**

López y Trejo (2007) lo definen de la siguiente manera:

- Siéntese cómodamente con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y las rodillas ligeramente separadas.
- Coloque sus brazos sobre sus piernas.
- Procure que la ropa sea cómoda y que no tenga ningún accesorio que ejerza alguna presión.
- Se trabajan diversos grupos musculares, tensándolos y relajándolos progresivamente.
- Procure que al hacer cada ejercicio la tensión muscular se haga dentro de los límites tolerables sin que el ejercicio resulte molesto o doloroso.

### **3.3.2 Procedimiento.**

López y Trejo (2007) describen el procedimiento de la siguiente manera:

- Colóquese en posición cómoda. Estirando su brazo derecho al frente, cierre el puño, apriete fuerte, más, más, mantenga la tensión (sienta la tensión que ha logrado en el brazo y puño), afloje lentamente, muy despacio y fíjese que ocurre, que cambios observa, fíjese en su piel, deje su brazo en reposo apoyado en su pierna. Deje suelto los músculos, relajados, sin fuerza y compare esta sensación con la tensión que tenía hace unos instantes. Repita el mismo ejercicio en el brazo izquierdo y por último hágalo con ambos brazos al mismo tiempo.
- Ahora descanse y respire profundamente. Vamos hacer el ejercicio de tensar y relajar los músculos de la cara. Levante las cejas, mantenga la tensión unos instantes, fíjese en esa tensión y afloje muy despacio, lentamente y fíjese en los cambios.

- Ahora cierre los ojos y haga el mismo ejercicio de tensar, mantenga la tensión y ahora vaya aflojando los músculos. Ahora apriete las mandíbulas y mantenga esa tensión por unos momentos, vaya aflojándolas lentamente.
- Ahora vamos con la cabeza y el cuello, dirija su cuello hacia atrás, luego hacia adelante. Ahora levante sus hombros como si quisiera alcanzar sus orejas, observe las sensaciones de tensión que se van produciendo y deje ahora que la relajación comience dejando que los hombros regresen a la posición original lentamente. Repita el ejercicio una vez más, levante sus hombros, sienta la tensión y deje ahora que se relajen, mientras regresa lentamente a su posición original, respire profundamente mientras lo hace. Al dejar que el aire salga lentamente, deje que los músculos de su cuello, de su barba y de sus hombros se relajen aún más mientras el aire sale lentamente por su boca.
- Ahora endurezca los músculos de sus brazos y cierre con fuerza sus puños, note las sensaciones de tensión que se van produciendo y deje ahora que se relajen lentamente, observe las sensaciones de relajación en los mismos músculos. Repítalo una vez más. Observe la tensión y deje que comience la relajación, afloje sus músculos. Ahora ponga duros los músculos de su pecho y de su estómago, note las sensaciones de tensión y deje ahora que se relajen lentamente. Repita el mismo ejercicio una vez más, note la tensión y deje ahora que se relajen lentamente, tome aire profundamente y déjelo salir lentamente por su boca, nuevamente tome aire profundamente y déjelo salir lentamente por su boca, cualquier sensación de tensión que haya quedado en su pecho, en su estómago, en sus brazos y en sus puños, se va desvaneciendo.
- Ahora apunte con los dedos de sus pies hacia sus rodillas, levante lentamente sus piernas y note las sensaciones de tensión que se van produciendo; relaje, deje que se relajen lentamente estos músculos regresando a su posición original. Repita el mismo ejercicio una vez más, levante lentamente sus piernas y con los dedos de sus pies orientados hacia su cuerpo, note la tensión que se va produciendo, deje ahora que se relajen lentamente.
- Ahora, apoye con fuerza sus talones en el piso y pise con fuerza, note las sensaciones de tensión que se van produciendo en sus piernas, deje ahora que se relajen lentamente.

Repita el ejercicio una vez más, note la tensión que se va produciendo y deje que sus músculos se relajen lentamente.

- Para terminar, tome aire lentamente por la nariz en 5 ocasiones y déjelo salir lentamente por la boca. Mueva su cuerpo lentamente.
- Tómese su tiempo, el ejercicio ha concluido.

### **3.4 Imaginería guiada.**

En 1971, el doctor Carl Simonton (Morris, 1985), oncólogo y director médico del Centro de Consejo e Investigación del Cáncer, en Texas, fue pionero en la utilización de visualizaciones junto con el tratamiento médico tradicional. Enseñaba a sus pacientes a visualizar una batalla librándose en sus cuerpos, en la cual los glóbulos blancos destruían las células malignas que encontraban. Los pacientes imaginaban a continuación cómo iba desapareciendo el tumor y cómo recobraban una salud radiante. Esto no significa que la visualización cure por sí misma este tipo de enfermedades, pero poner en la mente imágenes creativas proporciona numerosos beneficios, y en la actualidad es bien sabido que la visualización es efectiva para tratar el stress, y las enfermedades físicas, entre ellas la migraña, los espasmos musculares y el dolor crónico. Muchos investigadores han descubierto que desempeña un papel importante en programas de tratamiento para un amplio abanico de enfermedades. También se ha demostrado que la visualización mejora la memoria, desarrolla la confianza en uno mismo y aumenta la actitud positiva.

#### **3.4.1 La imaginación.**

De acuerdo con Regueiro (2016) las técnicas de relajación basadas en la imaginación proponen la visualización mental de situaciones, sensaciones y emociones como vehículo para conseguir un estado de relajación. A través de una serie de instrucciones verbales, se incita a la persona a experimentar mentalmente estados de tranquilidad, sosiego y relajación mental. Esta técnica es recomendada ante síntomas físicos y cognitivos asociados al estrés, en la preparación para actividades que requieren esfuerzo y, por último, en afrontamiento de situaciones estresantes

asociadas a estímulos específicos y para la recuperación después de realizar actividades de afrontamiento.

Todos los pensamientos producen resultados. Si se tienen pensamientos creativos y positivos, lo deseado sería que se tendrán resultados creativos y positivos. Si, por el contrario, los pensamientos son negativos, se tendrán resultados negativos. Está claro que se tienen que cambiar la manera de pensar y de ver el mundo si se quiere conseguir otros resultados más positivos (Regueiro, 2016).

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo, así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento.

No es otra cosa que aprender a relajarse e imaginar vívidamente diferentes cosas o situaciones de la forma más realista posible y aportando todos los detalles que se puedan incluir, a la vez que se genera el control de las emociones, sensaciones y comportamientos. Es el uso consciente de la imaginación aplicada activamente en la vida diaria con el propósito de alcanzar los objetivos, superar obstáculos, ampliar el conocimiento de uno mismo y mejorar en general la calidad de vida. Es un proceso de reactivación de experiencias sensoriales y emocionales que permite poner los recursos acumulados al servicio de proyectos futuros. En la visualización se representan escenas en las que se participa activamente. No es solamente imaginar, sino proyectarse al lugar donde se lleva a cabo la acción. Se ponen en marcha todos los sentidos que lo comprometen a uno activamente en toda situación real, de forma que se vivan las situaciones deseadas (Regueiro, 2016).

Muchos de los problemas residen en el miedo que se tiene a lo que no se conoce. Con la visualización se puede imaginar la situación que se quiera cambiar y con esto se van a establecer los comportamientos. Es como una forma de practicar mentalmente y de enfrentarse a esas situaciones. De este modo, cuando llegue la situación real, se podrá estar más seguro de cómo uno sabrá actuar (Regueiro, 2016).

### **3.4.2 Objetivos y Campos de Aplicación.**

De acuerdo con Regueiro (2016) los siguientes objetivos y campos de aplicación son los siguientes:

- Control del dolor: por ejemplo, en las migrañas o postoperatorios
- Curación de enfermedades, más que curación yo diría que una ayuda importante para optimizar los resultados de las técnicas médicas tradicionales.
- Consecución de objetivos: se utiliza mucho en deporte.
- Afrontamiento de estados emocionales negativos: ansiedad, estrés, depresión...
- Conseguir estados de relajación

### **3.4.3 Consideraciones sobre la técnica de Imaginería Guiada.**

Regueiro (2016) menciona las siguientes consideraciones a tomar en cuenta:

- ❖ Las imágenes son particulares en cada sujeto, cada uno de nosotros tenemos nuestras propias imágenes.
- ❖ Hay que realizar un entrenamiento en imaginación previo si eres de las personas que le cuesta imaginar.
- ❖ La eficacia de estas técnicas va a depender del deseo, confianza y aceptación que tengamos de ellas, y por supuesto, también de la práctica continuada.
- ❖ Siempre debemos empezar realizando ejercicios de respiración profunda, tenemos que empezar en un estado previo de relajación y tranquilidad.
- ❖ Mantener los ojos cerrados e implicarse activamente en el ejercicio.
- ❖ Una sesión de visualización debe finalizarse de modo gradual. Primero, se deja deliberadamente que la imagen se desvanezca. Luego se vuelve a dirigir su atención lentamente hacia la habitación en la que está tendido y, en su momento, abre los ojos. Durante los pocos minutos siguientes da a sus extremidades un suave estiramiento y luego reemprende la actividad normal.

- ❖ Entrenamiento en imaginación: Algunas personas tienen mucha facilidad para visualizar, son aquellas que tienen la costumbre de fantasear o que tienen gran imaginación, a otras personas, por el contrario, no les es fácil poner imágenes en su mente. En consulta, normalmente cuando encontramos a un paciente que presenta este problema, lo primero que hacemos es entrenarle en imaginación mediante ejercicios con imágenes sencillas.

#### **3.4.4 Ejercicio de Imaginería Guiada.**

López y Trejo (2007) describen el ejercicio de imaginaria guiada de la siguiente manera:

- Siéntese en una silla o sillón cómodo apoyando los pies en el suelo. Coloque los brazos y manos a los lados de su cuerpo, déjelos caer de manera natural.
- Ahora deje pasar el aire por su nariz y mientras lo hace, imagínese cómo el aire entra por su nariz y déjelo salir por la boca. Nuevamente repita el mismo ejercicio imaginándose el color del oxígeno, la cantidad, la forma y como va entrando lentamente por su nariz como si fuera un pedazo de nube suave y ligera que entra por su nariz y llega a sus pulmones. El oxígeno que no necesita déjelo salir, déjelo que se vaya, que vaya saliendo por sus labios, sienta el movimiento de sus labios de cómo el aire los mueve. Como se mueve el labio superior y el labio inferior.
- Continúe respirando tan lento y profundamente como lo está haciendo, mientras trae de su memoria el recuerdo de un lugar que le agrada, que le guste, siga trayendo a su memoria los objetos que tiene (puede ser agua, plantas, flores, árboles, nubes). También traiga los colores del lugar, visualice nítidamente la intensidad de los tonos. Vuelva a recordar los ruidos, los olores del lugar y la temperatura, mientras sigue respirando lento y profundamente.
- Puede estar solo o acompañado(a).
- Continúe visualizando este lugar, ahora de preferencia escoja uno de los objetos de este lugar, seleccione el que más le guste, visualice su tamaño, su forma, su textura, su color, recuerde su olor; mientras continúa respirando nuevamente, disfrute de las sensaciones que le producen estos recuerdos y guarde en su cerebro estas sensaciones para cuando las necesite.



- Haga tres respiraciones profundas antes de concluir.
- Ahora incorpórese, abra lentamente sus ojos.
- Comente sus experiencias.

### **3.5 Frases para el entrenamiento Autógeno.**

No obstante, cabe mencionar que la siguiente técnica que se está a punto de describir sólo debe de ser empleada cuando las técnicas anteriormente mencionadas no hayan resultado efectivas al reducir una crisis. Sin embargo, hay que puntualizar que nunca se vio la necesidad de utilizarla y la razón es porque las técnicas anteriormente descritas tienen una gran tasa de efectividad al momento de reducir una crisis.

Schultz (Madrid & Mars, 2001) creó los principios del entrenamiento autógeno, partiendo de las observaciones en el uso de la hipnosis, la cual dominaba a la perfección. En 1926 comunica a la Asociación Médica de Berlín los primeros hallazgos obtenidos con su método de autohipnosis. La denominación de entrenamiento autógeno la fundamenta etimológicamente del griego “autos” (sí mismo), “gen” (devenir), y podría traducirse como:” una ejercitación o entrenamiento, desarrollado a partir del propio “sí mismo” del sujeto y que configura a dicho “sí mismo”.

Según el propio Schultz (Madrid & Mars, 2001) el método parte de un principio que consiste en producir un cambio general en el sujeto de prueba mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales, que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite alcanzar efectos idénticos a los que se obtienen con los estados sugestivos genuinos.

La relación del entrenamiento autógeno con la hipnosis se manifiesta claramente en el texto anterior, y así, la denominación de técnica de autohipnosis que se le suele dar en muchas ocasiones está plenamente justificada.

Partiendo de los estudios iniciales de J.H. Schultz se han desarrollado versiones adaptadas del entrenamiento autógeno, aunque generalmente siguen un armazón común: la utilización de imágenes que se refieren directamente a las funciones del sistema vegetativo.

Según Huber (1980) las imágenes se concentran en fórmulas, pudiendo ser determinados elementos básicos de eficacia sugestiva, que se aplican a ciertas regiones orgánicas particularmente viables de manera subjetiva y cognoscitivamente, por ejemplo: el estómago, la respiración, el corazón, la sensación del cuerpo (cabeza).

Se resumen en los conocidos seis ejercicios autógenos:

Ejercicio de pesadez.

Ejercicio de calor.

Ejercicio de pulsación.

Ejercicio respiratorio.

Regulación abdominal.

Ejercicio de la cabeza.

### **3.5.1 Ejercicio de Entrenamiento Autógeno.**

Las siguientes son frases para que el o los usuarios entren a un estado de relajación, Puede que dicho estado ocurra o no, sólo es cuestión de dejarse llevar por las frases.

Lea estas frases despacio con tono de voz suave. Repita cualquier frase las veces que usted considere necesario.

López y Trejo (2007) describen el ejercicio con base al siguiente listado:

1. Siento bastante tranquilidad.
2. Estoy empezando a sentir relajación.
3. Siento mis pies pesados y relajados.
4. Siento mis tobillos, rodillas y caderas pesadas, relajadas y cómodas.
5. Siento el pecho, la zona central de mi cuerpo relajados, tranquilos y descansados.
6. Siento mis manos, brazos, hombros pesados, relajados, y cómodos.
7. Siento mi cuello, mandíbula y frente, flojos, cómodos y suaves.
8. Siento mi cuerpo pesado, cómodo y relajado.
9. Siga haciendo lo mismo por unos instantes.
10. En este momento la relajación es más grande.
11. Ahora mis brazos y manos están pesados y calientes.
12. En este momento siento bastante tranquilidad.

13. Ahora mi cuerpo está relajado; mis manos están calientes y relajadas.

14. Siento mis manos calientes.

15. El calor está fluyendo a mis manos; están calientes.

16. Puedo sentir el calor fluyendo de mis brazos a mis manos.

17. Mis manos están calientes, relajadas y calientes.

18. Continúe haciendo lo mismo por unos instantes más.

\*Deje una pausa de 8 a 15 segundos entre cada frase.

19. Puedo sentir mi cuerpo quieto, cómodo y relajado.

20. Ahora mi mente está tranquila, serena, estable y reposada.

21. Puedo apartar fácil, naturalmente mis pensamientos de los alrededores y sentir calma, tranquilidad, serenidad, relajación.

22. Puedo concentrarme en mis pensamientos y tener tranquilidad.

23. En el fondo de mi mente, me veo con relajación, comodidad y tranquilidad.

24. Puedo estar alerta, pero siento una tranquilidad interior.

25. En este instante mi mente está tranquila y serena.

26. Puedo sentir una tranquilidad interior.

27. Deje que siga ocurriendo lo mismo por unos instantes más.

28. El relajamiento y el ensueño han concluido, el cuerpo entero se reactiva con una respiración profunda con movimientos ligeros y las siguientes frases “siento vida y energía fluyendo por mis piernas, caderas, plexo solar, pecho, brazos y manos, cuello y cabeza, la energía me hace sentir con bastante ligereza y con mucha vida”.

¡Estírese! ¡Mueva sus manos!

Comente sus reacciones durante el ejercicio.

El ejercicio ha concluido.

Una vez puntualizadas las técnicas psicológicas no invasivas, se procederá a mencionar las técnicas de intervención utilizadas durante el servicio social, ya que sin estas técnicas no se hubieran obtenido resultados favorables al dar la intervención, los cuales se mencionarán posteriormente.

### **3.6 Estrategias de intervención.**

Continuando con la propuesta del manual de técnicas de intervención en crisis, las estrategias de intervención tienen como principal objetivo controlar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente), cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manejar los síntomas), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia del padecimiento) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera sociofamiliar del paciente) (García-Bardón, Castel-Bernal, & Vidal-Fuentes, 2006).

#### **3.6.1 Terapia racional emotiva conductual.**

Actualmente se aplica la técnica de Terapia Racional Emotiva Conductual del enfoque Cognitivo conductual en los usuarios.

La Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis y Dryden (1989) se desarrolla en el modelo A B C D E, que se explica de la siguiente forma:

- A: Representa cierta situación/estímulo real a la que el usuario se enfrenta.
- B: Indica la manera cognoscitiva como el usuario responde. Las creencias racionales o irracionales.
- C: Simboliza las consecuencias emocionales o las reacciones como resultado de B.
- D: Implica la confrontación terapéutica, el debate de los pensamientos irracionales basados en evidencias (Dialogo Socrático).
- E: Representa los cambios emocionales y conductuales o la nueva forma de pensar y comportarse ante la adquisición de nuevas creencias.

En el mismo orden de ideas, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) está basada en el supuesto de que el ser humano nace con un potencial racional (saludable, lógico y constructivo), así como irracional (dañino, absolutista y destructivo) en el pensamiento, las conductas y los sentimientos. A su vez, las personas tienen una predisposición a la auto preservación, a la felicidad, al amor, a comunicarse con otros y crecer, pero también a la autodestrucción, a cometer errores y a la intolerancia. Por lo tanto, la TREC intenta ayudar a

los usuarios a aceptarse como seres humanos que seguirán cometiendo errores y a la misma vez, que puedan vivir en paz con ellos mismos.

La TREC como se ha aplicado puede ser utilizada para ayudar a que los usuarios superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, por una parte, es amplio y múltiple: es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integral, y por otra, una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

### **3.6.2 Terapia Gestalt.**

Esta técnica de intervención se utilizó dentro del Call Center porque resultó favorable al momento de dar intervención a los usuarios, ya que muchas veces al dar la intervención uno como operador se encuentra con ideas irracionales que no podían ser cambiadas tan fácilmente con la TREC y; sin embargo, la terapia Gestalt es efectiva al cambiar las preguntas o cambiar limitaciones que los mismos usuarios se otorgaban. Además de que tiene el mismo principio de enfocar a los usuarios en el aquí y en el ahora, cosa que en una intervención de este tipo tendría que ser así, por lo limitada que es en cuestión de tiempo o de sesiones que se tengan presentes con él usuario.

La Terapia Gestalt no sólo tiene como objetivo simplemente explicar los orígenes de las dificultades sino experimentar y “experimentar” en los indicios de las soluciones nuevas: a la búsqueda dolorosa y, generalmente, evitativa del ‘saber por qué’, ofrece la alternativa del ‘sentir cómo’, dando paso así a un proceso de movilización que favorece el cambio.

Sinay y Blasberg (2006) mencionan que la terapia Gestalt se compone de los siguientes conceptos:

#### **A) Cambiar las preguntas de “por qué” a “para qué”.**

Complementando la terapia racional emotiva conductual y ondeando con las creencias irracionales que los pacientes puedan tener sobre su situación, cambiar el “por qué” a “para qué” puede dar mejores resultados, porque la situación siempre contará con un número indefinido de “por qué” y al cambiarlo a “para qué” los usuarios pueden hacer una auto

reflexión o auto cuestionamiento de que ese pensamiento o creencia de su situación puede ser irracional o en su defecto le están dando más importancia de lo que en realidad merece.

## **B) El darse cuenta (Awareness).**

Este es el concepto clave sobre el que se asienta la técnica Gestalt. En pocas palabras darse cuenta es entrar en contacto, natural, espontáneo, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe. Es un concepto semejante en algo al de insight, aunque es más amplio; una especie de cadena organizada de insights.

Existen tres Zonas del Darse Cuenta:

- **El darse cuenta del mundo exterior:** Esto es, contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente; lo que en este momento veo, toco, palpo, degusto o huelo. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros. En este momento veo mi lapicero deslizándose sobre el papel formando una palabra, escucho el ruido de los carros pasando por la avenida, huelo el perfume de una joven que pasa por mi lado, siento el sabor de una fruta en mi boca.
- **El darse cuenta del mundo interior:** Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de la piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas, escozores, temblores, sudoración, respiración, etc. En este momento siento la presión de mi dedo índice, mayor y pulgar sobre mi lapicero al escribir; siento que deposito el peso de mi cuerpo sobre mi codo izquierdo; siento que mi corazón late, que mi respiración se agita, etc.
- **El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia:** Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc. En este momento me pregunto qué haré mañana en la mañana, ¿será algo útil, bueno? En Gestalt todo esto es irrealidad, fantasía. Aún no es el día de mañana, y no puedo saber y decir NADA acerca de ello. Todo está en mi imaginación; es pura y simple especulación, y lo más saludable es asumirlo como tal.

### **C) Aterrizar al paciente en el principio del ahora.**

Es con el fin de fomentar la conciencia del ahora, y facilitar así el darse cuenta, se sugiere a la gente que comunique sus experiencias en tiempo presente. La forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas es traerlas al presente, actualizarlas. Hacer que el sujeto se sitúe allí en fantasía y que haga de cuenta que lo pasado está ocurriendo ahora. Para ello se hacen preguntas como las siguientes: ¿De qué tienes conciencia en este momento? ¿De qué te das cuenta ahora? ¿A qué le tienes miedo ahora? ¿Qué estás evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Qué deseas? Con base a lo anterior los pacientes le dan más significado a su presente, ya que muchos se ensimisman en angustiarse mucho por el futuro o por el contrario se deprimen por una situación del pasado.

### **D) Cambiar el “No puedo” por el “No quiero”.**

En su lugar se debe decir “no quiero”, esto es, ser asertivo. Ello debido a que muchas veces el sujeto se niega a actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera. No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir responsabilidad, a asumir las consecuencias de su decisión evasiva, para lo cual un honesto “no quiero” es lo más adecuado. Del mismo modo, también deben evitarse o hacer que el paciente se dé cuenta de sus “peros”, “por qué”, “no sé”, etc.

### **3.6.3 La confrontación y reestructuración.**

Cinabal y Arce (2009) puntualizan que los objetivos principales de esta fase son:

- Ayudar al usuario a implementar un cambio en su visión del problema. Ver perspectivas de solución. Partir a otras maneras de ver la realidad.
- Confrontar al usuario con el fin de ayudarlo a modificar propiciamente una cierta percepción de sí mismo y de su medio ambiente y permitirle ver lo que él cree que está fuera de su alcance puede ser factible y accesible.
- Concientizar al usuario de que es el responsable de las experiencias y vivencias de su manera de ver la enfermedad o los problemas.
- Tratar de afrontar los problemas del usuario de manera realista y evaluar las posibilidades de sus nuevas maneras de comportamiento.

- Establecer una distinción entre los problemas que el usuario puede solucionar y los que no.
- Aceptar lo que es imposible cambiar.
- Reconocer el resultado de la conducta del usuario sobre aquello con lo que está habitualmente en contacto.



## CAPITULO CUATRO

### Resultados y Limitaciones.

#### 4.1 Resultados Obtenidos.

Como prestador del servicio social, al aplicar técnicas de atención psicológica dentro del Call Center de la UNAM fue una experiencia agradable y de retroalimentación, porque el servicio social me permitió tener un acercamiento con la realidad ya que son situaciones que sólo se aprenden con la parte práctica.

En cuanto a las habilidades, estas se vieron incrementadas y pulidas, ya que esto dio buenos resultados en la atención a los usuarios que fueron atendidos, esto se comprobó con una encuesta en la cual se evalúa al operador, con lo anterior se puede observar que esta forma de atención psicológica es efectiva.

De manera cualitativa, se descubrió que, para dar un servicio de calidad en la atención psicológica vía telefónica de este programa, se requiere tener varias competencias, entre ellas, ser resiliente, porque el servicio social exige esa cualidad, ya que por el tipo de motivos de consulta que llegan a la institución se da mucho la transferencia de los usuarios a los operadores, por lo mismo se observó que para lograrlo se requiere aprender de manera constante.

En cuanto a los usuarios, se les proporcionaron herramientas con las cuales ellos pueden trabajar fuera de las sesiones, ya sea con las tareas, con las preguntas o incluso confrontándolos hace que los usuarios reflexionen, saquen sus propias conjeturas del porqué sus acciones y creencias desembocaron a que ellos llegaran a entrar en crisis, complementándolo con técnicas de la Terapia Gestalt se permitió tener un acercamiento mayor con los usuarios, al mismo tiempo se observó que los usuarios hacen consciente lo que sienten, hacen consciente lo que piensan y hacen consciente lo que en realidad quieren, lo que por supuesto esto provoca que ellos mismos empiecen a querer cambiar por su cuenta, ya que ellos se dieron cuenta de que quieren y pueden hacer las cosas por sí mismos y que sus

problemáticas pueden ser confrontadas, siempre y cuando ellos no se cierren a la idea de que hay más de una solución para su problemática.

Para ilustrar lo anterior se mencionarán tres casos que se atendieron en el tiempo que se prestó el servicio social.

El primer caso consistió en seis sesiones las cuales tuvieron una duración aproximada de una hora, la descripción es la siguiente:

- ❖ El usuario era una chica que tenía 24 años, en la primera sesión ella requirió el servicio porque tenía problemas de pareja, ella refería que su pareja de aquel entonces la violentaba de manera psicológica, lo cual estaba mermando en su auto estima, por lo que se empezó a trabajar por ese lado, la primera tarea que se le dejó era sobre su auto concepto y para lograr el cometido de la tarea se activó su red de apoyo.
- ❖ En la segunda sesión, se retomó la tarea que se dejó en la sesión anterior, la tarea demostró ser eficaz porque las personas cercanas a ella le dijeron un concepto diferente del que su pareja la decía, al final se le encomendó hacer sus objetivos a mediano y corto plazo, esto con la finalidad de que la usuaria se empezara a enfocar en sí misma y no dejarse al último.
- ❖ En la tercera sesión se retomó la tarea de la sesión pasada, en esta sesión se utilizó dialogo socrático, con base a eso fue que se le fueron proporcionando herramientas para que ella fuera cambiando sus creencias, lo que al final resultó porque ella misma empezó a hacer actividades sin que le importara lo que los demás pensarán, en esta sesión se le dejó de tarea leer una lectura que se llama “Cuatro leyes de la espiritualidad” que consiste en una lectura de una cuartilla, la cual se puede encontrar en internet (véase la sección de anexos), la finalidad de la lectura es que ella empezara a abrirse a distintas soluciones de su problemática.
- ❖ En la cuarta sesión se retomó la lectura de la sesión anterior, en esta sesión se dio la ruptura de la relación por parte de su pareja, ella mencionó que en un principio se sintió triste por lo cual se dio contención emocional ya que se dio la catarsis en un principio, posteriormente ella refirió darse cuenta que tenía mucha resiliencia porque a pesar de lo sucedido se sentía más fuerte y en lugar de dejar de hacer actividades empezó a hacer

más, incluso en esta sesión comentó que se metió a trabajar, al final de la sesión se le dejó de tarea hacer su autobiografía en una cuartilla, la finalidad era que rescatara lo más importante que ha vivido.

- ❖ En la quinta sesión se retomó su autobiografía, ella mencionó que al acabar de hacerla y leerla pudo darse cuenta de que era más fuerte de lo que ella creía, porque muchas de sus problemáticas las ha resuelto ella sola y de buena manera, al finalizar la sesión se dejó que retomara lo que aprendió de cada sesión que tuvo y se preparó para el cierre.
- ❖ Para la sexta sesión se preguntó qué fue lo que se llevó de cada sesión, ella se dio cuenta que está mejor estando soltera porque es la primera vez que se da su lugar, por lo tanto, se quiere enfocar en auto realizarse y seguir creciendo como persona, al final de la sesión se procedió a retroalimentar lo aprendido y se dio de alta.

El siguiente caso que se está a punto de describir decidió tomarse porque el usuario no podía trasladarse a un consultorio, por lo cual se decidió atenderlo durante ocho sesiones, todas con una duración aproximada de una hora.

El segundo caso es el siguiente:

- El usuario era un hombre de 69 de edad, su motivo de consulta era que mostraba depresión porque su lado izquierdo del cuerpo empezaba a tener parálisis total, lo cual eso lo limitaba en sus actividades y lo hacía sentir una carga para su familia, lo que se trabajó en esta sesión fue darle contención emocional y se le dejó una tarea que consistía en que le hiciera una carta a su hermana aunque no se la entregara, porque él culpaba a su hermana de su estado actual.
- En la segunda sesión se retomó la carta, él comentó que se ha tardado en hacer las cartas por su estado actual y más porque con el frío le duelen las articulaciones, lo que se recomendó en esta sesión fue que buscara la opinión de otros especialistas sobre su situación actual, porque él y su esposa habían acudido a un neurólogo, el cual les dio como diagnóstico que el padecía Parkinson, lo cual afectó mucho en su forma de sobreponerse, en esta sesión no se dejó tarea más que el que buscaran la opinión de otro especialista.

- En la tercera sesión se preguntó si había buscado a otro especialista, lo cual resulto que necesitaba a un kinesiólogo para que le hiciera unas pruebas y pudiera darle un diagnóstico más puntualizado, en esta sesión se trabajó un poco la confrontación, porque el usuario estaba un poco escéptico sobre su mejoría, además de que sentía que lo torturaban al quererlo ayudar a moverse y más porque una fisioterapeuta que lo vio le recomendó unos ejercicios para evitar la atrofia muscular, al final de la sesión se dejó una lectura que se llama “Cuatro leyes de la espiritualidad”, esto fue con la finalidad de que pudiera darle sentido a su nueva realidad en la cual él ahora depende de su familia por tiempo completo.
- En la cuarta sesión el usuario manifestó felicidad, porque su primera nieta nació, lo cual fue muy oportuno, porque lo motivó a querer mejorar para poder estar para su nieta, porque se dio cuenta que uno de sus anhelos ahora que está su nieta es poder pasar tiempo de calidad con ella, por lo mismo del nacimiento de su nieta no pudo seguir buscando al kinesiólogo y no terminó la lectura que se dejó en la sesión pasada, por lo cual se decidió retomarlos en la siguiente sesión.
- Para la quinta sesión el usuario comentó que ya tenían cita para ir a ver a un kinesiólogo, él esperaba que hubiera resultados diferentes, se procedió a retomar la lectura que se encomendó en la tercera sesión, la lectura le pareció adecuada, que, aunque es sólo una cuartilla era bastante cierto lo que dice y que iba a intentar aplicarlo a su nueva realidad, al final de esta se dejó de tarea que se planteara objetivos a corto plazo con su nieta.
- En la sexta sesión el usuario me comentaba que ya había ido a la consulta, que ahora sólo esperaba resultados, lo que comentó fue que había podido pasar tiempo con su nieta, aunque no el que hubiera querido pero que estaba satisfecho con haberla cargado y hablarle, posteriormente se le preguntó si había hecho los objetivos que se dejaron en la sesión anterior, lo cual, si pudo hacer, le comenté que siempre los tuviera a la mano cuando él se sintiera decaído
- Para la séptima sesión el usuario me comentaba que ya tenían los resultados, lo que le detectaron fue una trombosis del lado que tiene paralizado, esto provocó que en esta sesión él se sintiera decaído, por lo que se dio la catarsis y se procedió a hacer contención emocional, lo cual una vez más tranquilo se le recordaron los objetivos que

tenía con su nieta, que él había dicho que estaría lo mejor posible para estar con ella, al final de la sesión al usuario se le preparo para el cierre y se dejó una última tarea que sería de rescatar lo más importante de cada sesión.

- En la octava sesión el usuario menciona que se dio cuenta de que será un tratamiento largo, pero que se siente comprometido con su nieta y que quiere estar bien, aunque a veces se sienta desesperado y no sienta que exista esperanza para lo que padece, pero quiere estar bien, después de eso se dio la catarsis, pero esta vez fue porque se sentía agradecido por las sesiones que tuvo, al final de la sesión él menciona que si volvía a llamar era porque había podido recuperarse de su padecimiento.

El tercer caso que se está a punto de describir fue de una sola sesión con una duración aproximada de tres horas.

El tercer caso es el siguiente:

- El usuario era un hombre de veintiocho años, hablaba porque estaba separado de su pareja y ésta le prohibía ver a su hija de cinco años, el usuario menciona que a veces se siente ansioso porque piensa mucho en su hija y en que no puede verla, que hay veces en que para poder ver a su hija o poder pasar tiempo con ella su ex pareja lo chantajea con dinero, ya que por ejemplo menciona que si la quiere ver una hora le tiene que dar una cantidad de dinero fija. Posteriormente se le preguntó al usuario cual fue el motivo de la separación con su pareja, él menciona que a veces se ponía agresivo con su ex pareja, él aclara que nunca golpeó a su pareja, lo único que pasaba era que subía el tono de voz y tenía lenguaje altisonante.

Él menciona que no podía estar mucho tiempo con su ex pareja por el trabajo, porque él era un soldado y en esa época fue cuando se había declarado guerra contra el narcotráfico en el sexenio del ex presidente Felipe Calderón, entonces él relata que tuvo que hacer cosas muy feas en esa época, pero que tenía que hacerlas porque eran ordenes que le daban sus superiores y a veces eso no lo deja dormir.

Después de eso se procedió a retomar la problemática por la cual llamó, el usuario entró en catarsis, por lo que se procedió a hacer contención emocional y una vez hecha la contención se hizo respiración diafragmática con el usuario para que se relajara.

Posteriormente se le preguntó si su ex pareja lo quiso por lo que era o por lo que él le ofrecía a ella, lo cual hizo que se diera cuenta que ella sólo lo veía como un proveedor, entonces él mismo decidió sólo ver por su hija y también quiso más consejos acerca de lo que debería hacer, lo cual se recomendó que tomara terapia presencial y se decidió canalizar por lo mismo de que él requería de un tratamiento más largo de lo que puede ofrecer el servicio que se le estaba dando, con base a la canalización se dio por terminada la sesión.

Como información adicional en lo que fue el año 2016 el Call Center recibió un total de 5919 llamadas, de las cuales 2886 llamadas fueron para recibir la atención, 2055 de las llamadas fueron usuarios mujeres y 831 llamadas fueron usuarios hombres. Para más información de los casos y estadísticas que se manejan en el Call Center véase la sección de Anexos.

#### **4.2 Limitaciones y recomendaciones.**

Actualmente el Call Center está entrando en una época de cambio interno, como es de esperarse aún tiene limitaciones que posteriormente podrá desarrollar, una de estas limitaciones son los medios en los que el Call Center se daba a conocer o a difundir, ya que el Call Center sólo se da a conocer por su página de facebook o por la propaganda que se daba (como los trípticos y flyers) y ferias del servicio social.

Otra limitante que se observó dentro del programa fue que se elegían supervisores clínicos con menos experiencia que la que tenían otros compañeros dentro de las intervenciones, por ende, se recomienda que los supervisores tengan una preparación en intervenciones basadas en evidencias clínicas, con estudios de posgrado afines a esta modalidad de atención psicológica, para tener las competencias necesarias y orientar a los operadores que estén realizando el servicio social o las prácticas profesionales y de ese modo su desarrollo profesional sea mejor.

En otro orden, se observó como limitante severa, la falta de un manual que contenga las diferentes técnicas de intervención mínimas y necesarias para este servicio. Un ejemplo, citando a Samantha Urzua (2009) que realizó su tesina en Modelo de Atención Telefónica con enfoque en terapia Gestalt, fue que se conoció que esta técnica de intervención es efectiva al dar las sesiones por teléfono, por la evidencia empírica de esta modalidad y la efectividad de sus resultados.

Y sin embargo no es un material bibliográfico de consulta obligatoria dentro del programa, sería bueno incluir, sobre todo para que los futuros operadores puedan aprender esta técnica al recibir el entrenamiento y la integración al grupo de operadores, con la finalidad de que ofrezcan un servicio de calidad y calidez.

Con base en a lo anteriormente expuesto, se consideró que las limitantes de los operadores para que dieran un servicio óptimo fue el hecho que dentro del servicio social aún están faltos de esos protocolos.

Para concluir se considera importante sugerir que el programa ponga filtros idóneos para elegir a las personas adecuadas a la prestación de este servicio social.

## Bibliografía.

- Álvarez; J. (2012.) Manual de Intervención en Crisis en Casos de Desastres. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez; J. Cruz; C. Curso Taller “Mecanismos y Herramientas Psicológicas para enfrentar una Situación de Crisis”. Manual del Participante. FAPCEM A.C. 2006.
- Bellak, L., & Small, L. (1988). Psicoterapia breve y de emergencia. Editorial Pax México.
- Bernal, JA; Guerrero L. (2005) La relajación y la respiración. Wanceulen, Sevilla.
- Bernstein, D., & Brokoveck, T.D. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Castro B, F. J. (marzo de 2009). La respiración como método de relajación. Obtenido de <http://www.efdeportes.com>: <http://www.efdeportes.com/efd130/la-respiracion-como-metodo-de-relajacion.htm>
- Cinabal, L., & Arce, M. (2009). La relación enfermera-paciente. Universidad de Antioquia.
- Domínguez, B. (1991). Manual de técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico. México DF: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1989). Práctica de la terapia racional emotiva. Desclée de Brouwer.
- Fuentes, N. I. G. A. L., & Medina, J. L. V. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. Acta de investigación psicológica, 3(1), 941-955.
- García-Bardón, V., Castel-Bernal, B., & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. Reumatología clínica, 38-43.



- García, J. A. (2 de enero de 2009). Comunicación: la escucha activa. Obtenido de <http://www.psicoterapeutas.com>:  
[http://www.psicoterapeutas.com/terapia\\_de\\_pareja/escucha\\_activa.html](http://www.psicoterapeutas.com/terapia_de_pareja/escucha_activa.html)
- Huber, G. (1980). Stress y conflictos: métodos de superación, entrenamiento psicofisiológico práctico para directivos, médicos, psicólogos, psiquiatras, profesores y asistentes sociales. Madrid: Paraninfo.
- Kotliarenco; M, Caceres; I, Fontecilla; M. (1997). Estado de Arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud (OPS), pp. 1-60.
- Lodes, H. (1990) Aprende a respirar. Integral, Barcelona.
- López, Y. O., & Trejo, B. D. (2007). Inteligencia emocional en el ámbito académico.
- Madrid, N., & Mars, V. (2001). TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com>: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/autogeno.htm>
- Martínez, C; Alonso, C; Castro, P; Álvarez, P; Oviedo, C. y Elleanger, J. (2004) Efectividad de la Técnica de Intervención en Crisis en un Servicio de Urgencia de un Hospital General. *Terapia psicológica*, Núm. 002, Vol. 22, pp. 177-184
- Martínez, F. (2016). Terapia centrada en soluciones, un modelo de intervención en el call center UNAM. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morrice, J. K. W. (1976). *Crisis intervention: Studies in community care*. Pergamon Press.
- Morris, B. A. (1985). Hypnotherapy of warts using the Simonton visualization technique: a case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(4), 237-240.
- Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. Cengage Learning Editores.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *World Health Organization Constitution*. En *Basic Documents*. Ginebra. Suiza: Author.

- Payne, R. (1996) Técnicas de relajación Paidotribo, Barcelona.
- Pennebaker, J. W. (1994). EL ARTE DE CONFIAR EN LOS DEMÁS. México: Planeta.
- Pennebaker, J. W. (1995) (Ed.) EMOTION, DISCLOSURE AND HEALTH.
- Regueiro, A. (7 de septiembre de 2016). TÉCNICAS DE VISUALIZACIÓN (o imaginación guiada). Obtenido de <http://cocinandoconhistaminosis.com>: <http://cocinandoconhistaminosis.com/web/tecnicas-de-visualizacion-o-imaginacion-guiada/>
- 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.
- Ruibal, O; Serrano, A (2001). Respira unos minutos. Inde, Barcelona.
- Ruster, C., & Armas, L. E. (2008). El Rapport: cómo crear sintonía. Obtenido de <http://estrategiaspnl.com>: <http://estrategiaspnl.com/el-rapport-como-crear-sintonia/2/>
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health, Vol 14 no.8, pp. 626-631.
- Schultz, J. H. (1962). El entrenamiento autógeno:(autor relajación concentraría): exposición clínico-práctica. Científico-médica.
- Simonton, O. C., & Simonton, S. (1976). The role of the mind in cancer therapy. M & T Cassette Productions.
- Sinay, S., & Blasberg, P. (2006). Gestalt para principiantes (Vol. 9). Longseller
- Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: Manual moderno.
- Torres, G. (2006). Modelo de Intervención Psicológica en Personas Enfrentadas a Psicotraumas. Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. UNAL [online], vol.54, no.4, pp. 330-337.

- Urzua, S. (2009) Modelo de Atención Telefónica con enfoque en terapia Gestalt. Tesina de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Valadez, D. C., Reyes, V. P., Morales, P. D. M., Pérez, F. J. M., & Galván, V. H. H. (2015). TIPOS Y PUNTAJES DE RESILIENCIA EN HOMBRES Y MUJERES EN EL NORTE. Enseñanza e Investigación en Psicología, 20(1), 102-106.
- Weiss, C. (2005). FONOINFANCIA: Sistematización de una Modalidad de Intervención Telefónica de Ayuda. Psyke, mayo año/vol. 14 No. 001. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, pp. 89-105.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Integrative Physiological and Behavioral Science, 3(4), 234-240.
- ZI, N. (1998) El arte de respirar. Arcano Books, Madrid.

## Anexos.

### Estadísticas correspondientes al año 2016.

Tabla 1: Llamadas recibidas por sesión.

	<b>1583</b>
<b>Primera sesión</b>	
	1583
1	
	<b>1219</b>
<b>Seguimiento</b>	
	4
2	
	507
3	
	277
4	
	174
5	
	119
6	
	80
7	
	46
8	
	10
	<b>84</b>
<b>Última Sesión</b>	
	1
2	
	1
3	
	33
4	
	17
5	
	1
6	
	10
7	
	12
8	
	9
9	
<b>Total general</b>	<b>2886</b>

**Tabla 2: Llamadas recibidas por mes.**

	Informes	Terapia	Total	Por día informes	Por día terapia	Por día total
Enero	210	241	451	10.5	12.05	22.55
Febrero	330	262	592	16.5	13.1	29.6
Marzo	316	274	590	15.8	13.7	29.5
Abril	256	233	489	12.8	11.65	24.45
Mayo	323	291	614	16.15	14.55	30.7
Junio	212	273	485	10.6	13.65	24.25
Julio	58	52	110	2.9	2.6	5.5
Agosto	323	329	652	16.15	16.45	32.6
Septiembre	277	233	510	13.85	11.65	25.5
Octubre	86	328	414	4.3	16.4	20.7
Noviembre	396	240	636	19.8	12	31.8
Diciembre	337	131	468	16.85	6.55	23.4
Total	3124	2887	6011			

**Tabla 3: Llamadas totales de informes y de terapia**

Sexo	Informes	Terapia	Total
	378	0	378
Hombres	814	831	1645
Mujeres	1841	2055	3896
Total	3033	2886	5919

**Tabla 4: Registro total de hombres y mujeres que tomaron sesión.**

	<b>1583</b>
<b>Primera sesión</b>	
Hombre	445
Mujer	1138
	<b>1219</b>
<b>Seguimiento</b>	
Hombre	355
Mujer	864
	<b>84</b>
<b>Última Sesión</b>	
Hombre	31
Mujer	53
<b>Total general</b>	<b>2886</b>

**Tabla 5. Registro de llamadas recibidas de diferentes países y estados de la república mexicana.**

Aguascalientes	7
Baja California	11
Campeche	4
Canadá	2
CDMX	813
Chiapas	4
Chihuahua	6
Coahuila	2
Colima	2
Durango	3
Estado de México	428
Estados Unidos	15
Guanajuato	11
Guerrero	14
Hidalgo	18
Israel	1
Jalisco	14
Michoacán	12

Morelos	9
Nuevo León	13
Oaxaca	14
Pachuca	1
Puebla	14
Querétaro	14
Quintana Roo	5
San Luis Potosí	5
Sinaloa	3
Sonora	5
Tabasco	3
Tamaulipas	10
Tlaxcala	5
Toluca	1
Turquía	1
Veracruz	16
Yucatán	2
Zacatecas	1
<b>Total general</b>	<b>2293</b>

### Tabla 6: Motivos de Consulta

Ansiedad	496
Autoestima	60
Conducta Alimentaria	3
Conflictos Sexuales e Identidad Sexual	50
Consumo de Sustancias	3
Control de Impulsos	148
Depresión	403
Duelo	365
Estrés	140
Orientación Sexual	4
Orientación vocacional	1
Problemas de pareja	978
Problemas Paterno-filiales	204
Problemática Legal	1
Sin problemática	1
Trastorno de personalidad	25
Trastorno psiquiátrico (en blanco)	2
<b>Total general</b>	<b>2884</b>

**Tabla 7: Motivos de consulta por sesión**

<b>Etiquetas de fila</b>	<b>Primera sesión</b>	<b>Seguimiento</b>	<b>Última Sesión</b>	<b>Total general</b>
Ansiedad	285	195	16	496
Autoestima	1	55	4	60
Conducta Alimentaria	3			3
Conflictos Sexuales e Identidad Sexual	23	25	2	50
Consumo de Sustancias	3			3
Control de Impulsos	70	74	4	148
Depresión	249	142	12	403
Duelo	168	178	19	365
Estrés	92	46	1	140
Orientación Sexual		4		4
Orientación vocacional		1		1
Problemas de pareja	551	407	20	978
Problemas Paterno-filiales	111	82	4	197
Problemática Legal	1	6		7
Sin problemática	1			1
Trastorno de personalidad	21	3	1	26
Trastorno psiquiátrico (en blanco)	2			2
<b>Total general</b>	<b>1582</b>	<b>1218</b>	<b>84</b>	<b>2884</b>

**Tabla 8: Calificaciones otorgadas por los usuarios.**

Muy bien	428
Bien	347
Mejor	461
Igual	44
Mal	2
Ninguna	3
<b>Total general</b>	<b>1287</b>



**Tabla 9: Motivos de Consulta por Género**

Etiquetas de fila	Hombres	Mujeres	Total general
Ansiedad	163	333	496
Autoestima	8	52	60
Conducta Alimentaria		3	3
Conflictos Sexuales e Identidad Sexual	32	18	50
Consumo de Sustancias	2	1	3
Control de Impulsos	54	94	148
Depresión	114	289	403
Duelo	117	248	365
Estrés	33	107	140
Orientación Sexual		4	4
Orientación vocacional	1		1
Problemas de pareja	264	714	978
Problemas Paterno-filiales	37	160	197
Problemática Legal		1	1
Sin problemática		1	1
Trastorno de personalidad	4	21	25
Trastorno psiquiátrico		2	2
<b>Total general</b>	<b>830</b>	<b>2054</b>	<b>2884</b>

**Tabla 10: Motivos de los informes.**

Canalización	1109
Colgó el teléfono	69
Informes	1429
Número equivocado	23
Primeros Auxilios Psicológicos	141
reagendar	213
Usuario sin problemática clínica	52
<b>Total general</b>	<b>3036</b>

## Anexo 2

### Estadísticas correspondientes al año 2017.

**Tabla 1: Llamadas por mes.**

	Terapia	Terapia	Total
Enero		271	345 616
Febrero		172	359 531
Marzo		136	308 444
Abril		34	85 119
Mayo		5	5
		618	1097 1715

**Tabla 2: Llamadas por sesión.**

Sesión	
1	299
2	129
3	76
4	52
5	28
6	18
7	9
8	5
9	1
10	1
<b>Total general</b>	<b>618</b>

**Tabla 3: Llamadas por género.**

	Terapia	Informes	Total
Hombres		182	342 524
Mujeres		436	744 1180
Total general		618	1086 1704

**Tabla 4: Motivos de Consulta.**

Ansiedad	128
Autoestima	6
Conducta Alimenticia	3
Conflictos Sexuales e Identidad Sexual	10
Consumo de sustancias	3
Control de impulsos	45
Depresión	65
Duelo	102
Estrés	45
Problema psiquiátrico	1
Problemas de pareja	151
Problemas paterno-filiales	52
Trastornos de personalidad	5
<b>Total general</b>	<b>616</b>

**Tabla 5: Llamadas recibidas de diferentes países y estados de la república mexicana.**

Aguascalientes	1
Alemania	1
Baja California	3
CDMX	152
Chihuahua	1
Colima	1
Estado de México	81
Estados Unidos	1
Guanajuato	3
Guerrero	1
Hidalgo	3
Jalisco	4
Michoacán	1
Morelos	3
Nuevo León	2
Oaxaca	3
Puebla	4
Querétaro	2
Quintana Roo	2
San Luis Potosí	1
Sonora	2
Tamaulipas	1
Veracruz	8
Yucatán	5
<b>Total general</b>	<b>286</b>

**Tabla 6: Llamadas recibidas por sesión.**

<b>Primera sesión</b>	<b>297</b>
1	297
<b>Seguimiento</b>	<b>308</b>
1	3
2	128
3	74
4	48
5	28
6	15
7	9
8	2
10	1
<b>Última sesión</b>	<b>13</b>
2	1
3	2
4	3
6	3
8	3
9	1
<b>Total general</b>	<b>618</b>

**Tabla 7: Motivos de los informes.**

Canalización	329
Colgó el teléfono.	1
Informes	676
Número Equivocado	2
Primeros Auxilios Psicológicos	27
Reagendar	35
Usuario sin problemática clínica	6
<b>Total general</b>	<b>1076</b>

### Anexo 3.

### Formatos de los casos.



### Registro de Llamadas.

**Nombre del Psicólogo:** Madrigal Torres Alexis Emmanuel

**Nombre:** Zurisada Colunga Orozco **Edad:** 24 **Fecha:** 14/01/2018  
**Sexo:** Femenino **Ocupación:** Estudiante **Fecha y lugar de Nacimiento:** D.F 5/08/91  
**Domicilio (C.P., Col. Y Del.):** Tlaneponita **Escolaridad:** Licenciatura  
**Edo. Civil:** Soltera **Número de hijos:** Ninguno **Tel:** No aplica.

**Motivo de Consulta** (describa en forma detallada lo que le pasa y qué espera de la atención que se le pueda brindar)

Me comenta que ha tenido problemas con su novio, porque él quiere que ella se vista como él quiere, él le comenta que ella es una persona mediocre porque no ha hecho tanto cosas como él y lo que quiere del servicio es que le ayudemos a sentirse mejor

**Síntomas** (Describir de forma general)

**Emocionales:** Tristeza, enojo  
**Cognitivos:** Ansiedad y confusión  
**Conductuales:** Cede mucho con él

**Áreas de conflicto** (Describa de forma general como interactúa la patología con estas áreas)

**Familiar:** El se pelea con la mamá de ella  
**Social:** El es muy celoso y no deja que vaya con amigos  
**Salud:** No se explora  
**Sexual:** No se explora  
**Laboral:** No se explora  
**Educacional:** No se explora

**Acontecimientos que agudizan los síntomas** (Elementos, situaciones o personas que originan la sintomatología)

El le dice que ella es una chica fea y que debe de recogerse el cabello y que últimamente se ha portado de manera grosera con ella

**Dinámica familiar** (Describa la forma de interacción con los integrantes de la familia)

Con su mamá existe una buena comunicación ya que la ayuda mucho con su problemática.

**Intentos de Solución** (Terapia, talleres, médico, cambios personales etc.)

Ha intentado hablar con él pero sin resultado

**Posible Diagnóstico** (Conjunto de signos y síntomas referidos por el paciente que se acerque a alguna psicopatología)

<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de pareja	<input checked="" type="checkbox"/> Duelo	<input type="checkbox"/> Estrés Agudo	<input type="checkbox"/> Conflictos Sexuales
<input type="checkbox"/> Tx. Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Problemas paterno-filiales	<input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias:	<input type="checkbox"/> Otros:		

**Encuadre** (Describir hora, fecha, día, modelo de psicoterapia, duración de tratamiento)

11:00-12:00, 14/01/2016, terapia breve, sesión de 6-8 sesiones con duración de 45-50 minutos cada una

**Desarrollo de la sesión** (Describe los eventos significativos en la sesión, ó momentos "clave")

Al principio me llamó en un estado de ansiedad alto, también se pasó en un estado de catarsis, conforme fue avanzando la sesión ella se fue relajando y desahogando. Una de las cuestiones que me comentó fue que una vez él se portó de manera grossera al no quererle a salir del coche

**Técnicas utilizadas** (Justificación)

Contención emocional: Se utilizó para reducir los niveles de ansiedad manifestados.  
Diálogo Socrático: Se utilizó con la finalidad de modificar creencias

**Resultados** (Logros positivos o negativos durante la sesión)

- Se lograron reducir los niveles de ansiedad manifestados
- Se logró modificar un poco sus creencias acerca de su situación

**Tarea** (Si se dejó; justificación)

Se dejó de tarea que piense en su autoconcepto con la hipótesis de que ella se da cuenta que no tiene porque sentirse mal con Uec que él le dice algo

**Objetivos, puntos o preguntas para la siguiente sesión** (Seguimiento)

Aplicar Diálogo Socrático para modificar creencias

**Reflexiones y observaciones de la sesión:**

Me senti muy cómoda con la sesión

Intervención en Crisis  
UNAM

SUPERVISOR: Luzmila Ubuit Othelmina

**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.*



LLAMADAS DE SEGUIMIENTO.



Nombre: Zuriscobol  
Problemática: Problemas de pareja

Fecha: 21/01/18 No. de Sesión: 2  
Edad: 24

**Expectativas iniciales de la Sesión** (Describe temas a tratar)

Que ella no crea lo que le dice su pareja

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

Me recordó que le ayudo mucho la tarea porque tanto ella como personas cercanas a ella le dieron un concepto diferente del que su novio le dice a ella.

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

Le recordó que era era la finalidad de la tarea, de que ella se dio cuenta de que es buena persona y que el concepto que tiene su novio de ella era erróneo ya que los demás comparten un concepto diferente al de él e igual al de ella.

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

Diálogo socrático, se utilizó para modificar creencias acerca de su situación

**Desenlace de la sesión** (Describe el abordaje del cierre)

Se dejó de tarea que ella pusiera sus objetivos a corto y mediano plazo para poder enfocarse en lo que quiere ahora que se dio cuenta que no es mala persona.

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

Medir el impacto de la tarea encomendada

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

Aplicar diálogo socrático para modificar creencias

**Reflexiones sobre la sesión:**

Me sentí cómodo en la sesión.

SUPERVISOR: Lopez Charit Strehlman

**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.**



LLAMADAS DE SEGUIMIENTO.



Nombre: Zurisodai  
Problemática: Problemas de pareja

Edad: 24 Fecha: 28/01/16 No. de Sesión: 3

Expectativas iniciales de la Sesión (Describe temas a tratar)

Que ella no dependa tanto de lo que su novio decida

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

Ella me comentó que había una fiesta y que ella y su novio fueran; ella quería bailar pero su novio no quería, así que ella decidió bailar con alguien más y aunque se sintió un poco culpable, su novio sabía que solo era un baile

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

Le comenté que me parecía bien que se diera más libertad de hacer cosas, que solo debería de sentirse más segura de lo que suceda y decida en un futuro para ella misma

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

Diálogo Socrático: Se utilizó con la finalidad de motivar e incentivar en su situación

Desenlace de la sesión (Describe el abordaje del cierre)

Se dejó de hacer una lectura, y tiene de finalidad que ella pueda ser más expresiva y no repitiera nada

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

Que ella se sienta más segura de lo que decida

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

Aplicar diálogo socrático para motivar e incentivar

Reflexiones sobre la sesión:

Me sentí tranquila

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.





CALL CENTER UNAM.



FORMATO DE SEGUIMIENTO.

Folio: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Terapeuta: Madrigal Torres Alexis Fecha: 23/07/2016 Edad: 24  
Usuario: Zurisabai No. de Sesión: 4  
Motivo de consulta: Problemas de pareja

Expectativas iniciales y Objetivo focal del terapeuta en la sesión. (Describe los temas a tratar y la resolución construida durante la sesión).

Que la usuaria cambie más en si misma

Descripción del problema. En las sesiones anteriores ella refiere sentirse mal en cuestiones de estar con su pareja, porque él la trata mal, al decirle que era una buena madre por no hacer más actividades en su vida y también la criticaba por como se vestía y ya no existía una vida de pareja con él.

Objetivo de la Intervención. Relevar la tarea que se dejó en la sesión pasada

Técnicas de Intervención. (Descripción de técnicas y abordajes terapéuticos realizados). Diálogo Socrático, se utilizó con la finalidad de multiplicar sus creencias acerca de como se percibe ella. Awareness (Darse Cuenta), se utilizó con la finalidad de que ella tenga varios insights al perseguirse de diferente manera.

Procedimiento y Resultados. Ella se da cuenta que tiene mucha resistencia porque no desea que su propia esposa le afectara más, si no al contrario se sentía más libre al haber terminado la relación con él, ahora está más enfocada en lo que quiere para un futuro

Recomendaciones y Justificación. Se dejó hacer su autobiografía, con la finalidad de que ella recapitule lo más importante de su vida en una cuartilla y de ese modo se de cuenta como está persiguiendo su realidad

Plan de acción. (Técnicas y abordajes terapéuticos a realizar para la siguiente sesión). Medir el impacto de la tarea que se dejó al final de la sesión

Observaciones. Paciente muy comprometida a seguir el tratamiento, tiene buen tono de voz y ella quiere cambiar, por lo cual tenía su quinta sesión

Para Uso Exclusivo del Supervisor.

SUPERVISOR: López chart Sttefania

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	X	Excelente :D
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



CALL CENTER UNAM.  
FORMATO DE SEGUIMIENTO.



Folio:

Terapeuta: Mafraid Torres Alexis E. Fecha: 1/03/2016 Edad: 24  
 Usuario: Zurisada No. de Sesión: 5  
 Motivo de consulta: Ropium amorosa (Problemas de pareja)

Expectativas iniciales y Objetivo focal del terapeuta en la sesión. (Describe los temas a tratar y la resolución construida durante la sesión).

Que ella se persiva de manera más persiva

Descripción del problema. El motivo por el cual ella requirió el servicio fue porque su pareja en aquel momento la hacía menos al comentarle que ella era una persona mediocre que no hacía nada de su vida, que él desaprobó la forma de vestir de ella.

Objetivo de la Intervención. Retomar la tarea que se dejó en la sesión anterior.

Técnicas de Intervención. (Descripción de técnicas y abordajes terapéuticos realizados). Diálogo Socrático; se utilizó con la finalidad de motivar sus creencias acerca de como ella se persiva. Awareness (Darse cuenta), se utilizó con la finalidad de que ella genere varios insights al darse cuenta de como es ella en realidad y de que cambie su percepción de como persiva su entorno.

Procedimiento y Resultados. Ella al retomar la tarea de su autobiografía se dio cuenta que es más fuerte de lo que ella creía porque muchas de sus situaciones o problemas los pudo resolver ella sola de muy buena manera, se dio cuenta que ahora que tomó la terapia se ha abierto más a conocer personas y a mostrarse como en realidad es ella.

Recomendaciones y Justificación. Se dejó de tarea que ella retome que se lleva de cada sesión, con la finalidad de que resalte lo más importante de cada sesión.

Plan de acción. (Técnicas y abordajes terapéuticos a realizar para la siguiente sesión). Retomar la última tarea para darle de alta ya que apenas se abordó el cierre de la última sesión y de que constara la última sesión.

Observaciones. Paciente muy cooperativa, excelente tono de voz y disposición.

Para Uso Exclusivo del Supervisor.

SUPERVISOR: López Uhart Stefania

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	X	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



CALL CENTER UNAM.

FORMATO DE SEGUIMIENTO.



CO-Terapeuta: Barrera Salinas Paulina

Folio: 

--	--	--	--	--	--

Terapeuta: Maribel Torres Alexis Fecha: 8/03/2016 Edad: 24 años

Usuario: Zuribado Colunga No. de Sesión: 6

Motivo de consulta: Problemas de pareja

Expectativas iniciales y Objetivo focal del terapeuta en la sesión. (Describe los temas a tratar y la resolución construida durante la sesión).

Que la usuaria se quiera más a si misma y se acepte tal cual como es ella

Descripción del problema: La usuaria refiere que ultimamente su pareja la ha hecho menos

Objetivo de la Intervención: Rebajar la tarca que se dejó la sesión pagada y darla de alta

Técnicas de Intervención. (Descripción de técnicas y abordajes terapéuticos realizados). Diálogo Socrático, se utilizó para modificar creencias sobre su persona.

Awareness (Darse Cuenta), Se utilizó con la finalidad de que ella persua su mundo interno y externo para generar nuevos insights

Procedimiento y Resultados. Ella se dio cuenta que actualmente en su estado civil actual esta mejor, porque ahora ella quiere enfocarse más en sus mejor individuales y en su persona, se dio cuenta que en cada sesión fue creciendo mucho como persona y ella siente que aun puede crecer más como persona, por ultimo ella sintió que por primera vez se dio su lugar.

Recomendaciones y Justificación. El cierre se fue dando desde la sesión pasada, por lo cual el objetivo de la ultima tarea consistió en que ella buscaba lo más importante de cada sesión que se hizo

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

Observaciones. Paciente muy cooperativa en todas las sesiones y siempre dispuesta a cambiar en cuanto a su persona

SUPERVISOR: López chart sthethania 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



CALL CENTER UNAM.  
CONTROL DE CALIDAD DE LOS OPERADORES.



Fecha: 8/03/2016 Duración de la llamada: 50 min  1ER  Última

Operador: Madrigal Torres Alexis Emmanuel

- Ψ Del 1 al 10 ¿Cómo califica la calidad del servicio? 10
- Ψ Del 1 al 10 ¿Qué calificación le da a la terapia que acaba de recibir? 10
- Ψ Del 1 al 10 ¿Qué calificación le da al terapeuta? 10

Como se sintió con la intervención que acaba de recibir:

<del>Muy bien</del>	Bien	Mejor	Igual	<input checked="" type="checkbox"/> Mal
---------------------	------	-------	-------	---

¿Tiene alguna sugerencia o comentario para mejorar el servicio? Más psicólogos como Alexis, mis felicitaciones, muy buena calidad.

Encuesta elaborada por: Paulina Barrera Salinas

Los datos son confidenciales de conformidad al reglamento de protección de datos de la UNAM. \*Versión 2016-1



CALL CENTER UNAM.  
FORMATO DE SEGUIMIENTO.



Folio: 

--	--	--	--	--	--

Terapeuta: Maribel Torres Alexis E Fecha: 2/02/2016 Edad: 18 años  
 Usuario: Amnecis No. de Sesión: 8  
 Motivo de consulta: Problemas de pareja

Expectativas iniciales y Objetivo focal del terapeuta en la sesión. (Describe los temas a tratar y la resolución construida durante la sesión).

Que ella se acepte como es en su forma de ser y pensar

Descripción del problema. Que últimamente había discutido con su novio y que ella no sabía que hacer al respecto, porque él la confundía mucho y la hacía sentir como si fuera una mala persona al grado de dudar de ella misma.

Objetivo de la intervención. Darla de alta

Técnicas de Intervención. (Descripción de técnicas y abordajes terapéuticos realizados).

Diálogo Socrático. Se utilizó para modificar creencias

Procedimiento y Resultados. Ella refería sentirse mejor al darse cuenta que no era la única persona que piensa y tiene un carácter como el de ella, me comentaba que además ya sabe lo que quiere y que eso no va a depender de la decisión de alguien más y por último me comentó que aprendió mucho en las sesiones.

Recomendaciones y Justificación. No se dejó ninguna recomendación, porque ya se dio de alta.

Plan de acción. (Técnicas y abordajes terapéuticos a realizar para la siguiente sesión). Ninguno  
Como fue el cierre?

Observaciones. Paciente muy comprometida y dispuesta a cambiar

SUPERVISOR: Lopez Uriart Esteban Para Uso Exclusivo del Supervisor.

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	Excelente
0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100% <u>EX</u>

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

\*Versión 2016-1



CALL CENTER UNAM.

FORMATO DE SEGUIMIENTO.



Folio: 

--	--	--	--	--	--

Terapeuta: Madrigal Torres Alexis F Fecha: 10/02/2016 Edad: 69  
Usuario: Miguel Aleman No. de Sesión: 8  
Motivo de consulta: Depresión

Expectativas iniciales y Objetivo focal del terapeuta en la sesión. (Describe los temas a tratar y la resolución construida durante la sesión).  
Que el usuario acepte su nueva realidad referente a la enfermedad que tiene

Descripción del problema. El usuario me comentó que estaba entrando en una depresión muy fuerte porque él sentía que por los tiempos que le detectaron en una carga para su familia por el hecho de que él ahora depende de su familia para poder hacer actividades diarias en su casa

Objetivo de la intervención. Medir el impacto de la carga encomendada en la sesión anterior.

Técnicas de intervención. (Descripción de técnicas y abordajes terapéuticos realizados). Diálogo Socrático, se utilizó con la finalidad de cuestionar y analizar sus creencias acerca del porque él se siente una carga  
Awareness (Darse cuenta), se utilizó con la finalidad de que el mismo se de cuenta de que no es una carga para su familia y que tenga el insight de que esta enfermedad tiene un tratamiento

Procedimiento y Resultados. Me comentó que se dio cuenta que el tratamiento será muy largo pero ahora siente ese compromiso con su meta de estar lo mejor posible para ella, que aunque se siente desesperado por no tener un resultado rápido, pero él siente que a veces no hay esperanza para lo que tiene pero que así quiere estar bien.

Recomendaciones y Justificación. Ninguna. El cierre se empezó a dar desde la sesión pasada por lo cual el usuario ya tenía conocimientos de la última sesión al momento de la última parte de la sesión.

Plan de acción. (Técnicas y abordajes terapéuticos a realizar para la siguiente sesión). Ninguna, el usuario refiere estar mucho mejor.

Observaciones. El usuario fue muy comprometido con las sesiones, siempre tuvo un buen tono de voz y desempeño en sus tareas

SUPERVISOR: Lopez Uhart Stethovira ~~SB~~ 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

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS A VÍCTIMAS DE  
DESASTRES NATURALES Y SOCIORGANIZATIVOS.  
CALL CENTER UNAM.

---

Realizar este control de calidad al finalizar todas las llamadas que sean de nuevo ingreso

Nombre del operador: Madrigal Torres Alexis Emmanuel

Fecha de la llamada: 10/02/2018 Duración de la llamada: 50 min

Del 1 al 10 como califica la calidad del servicio: 10

Del 1 al 10 que calificación le da a la terapia que acaba de recibir: 10

Del 1 al 10 que calificación le da al terapeuta: 10

Como se sintió con la intervención que acaba de recibir

Bien  Mal  Igual

Tiene alguna sugerencia o comentario para mejorar el servicio: Esta muy bien, se llevará a cabo muy bien.

Nombre del prestador de servicio que realizó la encuesta: Francisca MB

---

Av. Universidad 3004, Col Copilco- Universidad, C.P. 04510, Del. Coyoacán,  
México, D.F

#### **Anexo 4.**

##### **Cuatro leyes de la espiritualidad.**

"En la INDIA se enseñan las "Cuatro Leyes de la Espiritualidad"

La primera dice:

"La persona que llega es la persona correcta", es decir que nadie llega a nuestras vidas por casualidad, todas las personas que nos rodean, que interactúan con nosotros, están allí por algo, para hacernos aprender y avanzar en cada situación.

La segunda ley dice:

"Lo que sucede es la única cosa que podía haber sucedido". Nada, pero nada, absolutamente nada de lo que nos sucede en nuestras vidas podría haber sido de otra manera. Ni siquiera el detalle más insignificante. No existe el: "si hubiera hecho tal cosa hubiera sucedido tal otra...". No. Lo que pasó fue lo único que pudo haber pasado, y tuvo que haber sido así para que aprendamos esa lección y sigamos adelante. Todas y cada una de las situaciones que nos suceden en nuestras vidas son perfectas, aunque nuestra mente y nuestro ego se resistan y no quieran aceptarlo.

La tercera dice:

"En cualquier momento que comience es el momento correcto". Todo comienza en el momento indicado, ni antes, ni después. Cuando estamos preparados para que algo nuevo empiece en nuestras vidas, es allí cuando comenzará.

Y la cuarta y última:

"Cuando algo termina, termina". Simplemente así. Si algo terminó en nuestras vidas, es para nuestra evolución, por lo tanto es mejor dejarlo, seguir adelante y avanzar ya enriquecidos con esa experiencia.

Creo que no es casual que estén leyendo esto, si este texto llegó a nuestras vidas hoy; es porque estamos preparados para entender que ningún copo de nieve cae alguna vez en el lugar equivocado!