

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TÍTULO:

**MANUAL DE CAPACITACIÓN PARA LOS NUEVOS INTEGRANTES DEL
CALL CENTER UNAM**

PRESENTA:

GIOVANNI RAFAEL ANGELES CHAVEZ

OPCIÓN DE TITULACIÓN:

REPORTE PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

DIRECTORA DE REPORTE PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL:

LIC. CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ

REVISORES:

LIC. MARIA GUADALUPE OSORIO ALVAREZ

MTRA. ROSAURA LOPEZ SEGURA





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.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. DATOS GENERALES SOBRE EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	2
3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	5
4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL. 8	
5. OBJETIVOS DEL REPORTE DE SERVICIO SOCIAL.....	10
6. TÍTULO DEL TRABAJO: "MANUAL DE CAPACITACION PARA LOS NUEVOS INTREGRANTES DEL CALL CENTER UNAM"	11
7. SOPORTE TEÓRICO – METODOLÓGICO	11
7.1 Introducción.....	11
7.2. Intervención en crisis	13
7.2.1. Antecedentes	13
7.2.2 Tipos de Crisis	16
7.2.3. Estrategias de Intervención.....	19
7.2.4. Intervención en Crisis Vía Telefónica.....	30
7.2.5. Actitudes y/o habilidades clínico-interpersonales deseables en el terapeuta telefónico....	33
8. RESULTADOS OBTENIDOS.....	36
9. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	80
10. REFERENCIAS.....	81

1. RESUMEN

Este informe profesional de servicio social fue realizado con el fin de crear un método de inducción para los nuevos integrantes del Call Center UNAM que les permita intervenir de manera correcta ante alguna situación de emergencia durante una llamada telefónica.

Se propone el método de micro-enseñanza, conformado por cortometrajes, donde se simula una situación de emergencia y la manera en como el psicólogo interviene ante la crisis presentada.

Posteriormente por medio de los conocimientos adquiridos durante la inducción teórica se requerirá una práctica, donde los nuevos miembros del Call Center aplicarán lo aprendido acerca de una buena intervención en Crisis.

Para completar este trabajo se creó la supervisión de llamadas de manera que el nuevo miembro pueda sentir un apoyo y un uso asertivo de la información proporcionada durante la micro-enseñanza.

PALABRAS CLAVES: CALL CENTER, INDUCCIÓN, MICRO-ENSEÑANZA

2. DATOS GENERALES SOBRE EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.

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

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

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

El Call Center UNAM adscrito a la Coordinación de los Centros de Servicios de la Comunidad Universitaria y al Sector Social, surge operativamente en Abril del año 2012, gracias al apoyo proporcionado por la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos de la UNAM y al financiamiento y asesoría del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) a través del programa "Joven-es Servicio" que convocó a las instituciones de Educación Superior de todo el país públicas y

privadas para presentar proyectos que promovieran la construcción del tejido social con el propósito de reducir problemas sociales en sus comunidades.

Gracias a ello se puso en funcionamiento dicho servicio coordinado por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez, cuya población blanco era inicialmente la comunidad universitaria y población juvenil, en general, sin embargo debido al alto índice de llamadas recibidas se abrió el servicio al público, mediante un número telefónico gratuito (56-22-22-88) dicho número telefónico actualmente cuenta con 6 líneas disponibles de lunes a viernes en un horario de atención de 8:00 a.m a 8:00 p.m en días hábiles de acuerdo al calendario escolar estipulado por la Dirección General de Administración Escolar UNAM. (Alvarado y Carroza, 2014)

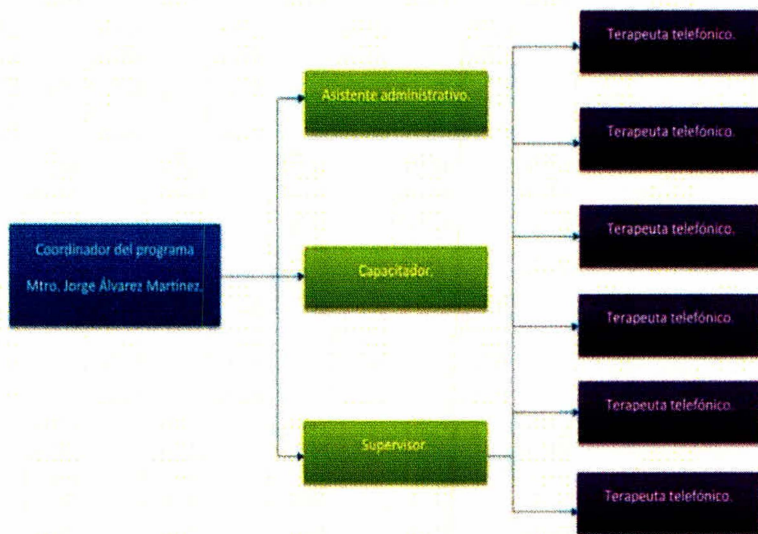
Servicios y Horarios

Los servicios que ofrece el *Call Center* UNAM a través de las llamadas que se reciben son los siguientes:

- **Información:** En dónde se proporcionan datos acerca del programa (teléfonos, horarios de atención y acceso al servicio).
- **Intervención:** En el cuál se le proporciona al usuario los primeros auxilios psicológicos (atención psicológica inmediata en el momento de una crisis para el restablecimiento emocional del usuario) o terapia breve (atención psicológica en no más de 6 sesiones para el manejo de una crisis o conflicto emocional) si lo requiere.
- **Canalización:** Contempla dar alternativas de apoyo psicológico en otras Instituciones adscritas en el directorio del *Call Center* UNAM, que sean apropiados para el caso que exponga el usuario.

Para ofrecer un servicio de calidad, los operadores telefónicos cuentan con una estructura operativa para favorecer la calidad del servicio del *Call Center* UNAM.

La figura 1: ilustra la organización del programa en términos del personal que labora en él:



Alvarado y Carrizosa, I. (2014) Manual de Procedimientos Utilizados en el Call Center UNAM.

FIGURA 1. Distribución Organizacional del Call Center UNAM.

3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

Una de las Universidades más importantes de América Latina, es la Universidad Nacional Autónoma de México, a la cual ingresan en promedio 196,565 alumnos al año, debido a que tiene diferentes áreas de estudio. (DGAE, 2009)

A lo largo de su larga trayectoria, ha logrado ubicarse en una alta demanda porque la Universidad tiene como objetivo *"Formar más y mejores profesionistas"* así como tener una visión de *"Consolidar una Administración Escolar Institucional de calidad, dinámica y con reconocimiento de la comunidad Universitaria y de la Sociedad."* Y de tener como misión proporcionar *"validez a los resultados del proceso enseñanza-aprendizaje durante la vida académica de los alumnos en la Institución, desde su ingreso hasta la conclusión de sus estudios"*.

Por tanto, esta institución ha logrado la atracción de diferentes alumnos de la República Mexicana forzando a las diferentes Facultades que tiene la misma, como la Facultad de Química, Ingeniería, Medicina, Derecho o Psicología, a impulsar programas o sistemas educativos que cubran esta demanda; Un buen ejemplo de motivación es la Facultad de Psicología, ya que hoy en día es considerada la mejor escuela de Psicología en América Latina, la cual tiene como su objetivo:

"Formar profesionales de la psicología con una visión sólida, actualizada, plural y crítica de diversos campos de conocimiento e intervención profesional de la disciplina, que participen en la atención de necesidades y soluciones de problemas psicológicos en diversos contextos y escenarios sociales, con un desempeño ético, profesional, enfoque multidisciplinario y compromiso social"

En el mundo académico es reconocida como una Universidad de excelencia. La UNAM responde al presente y mira al futuro como el proyecto cultural más importante de México. La UNAM es un espacio de libertades. En ella se practica

cotidianamente el respeto, la tolerancia y el diálogo. La pluralidad de ideas y de pensamiento es apreciada como signo de su riqueza y nunca como factor de debilidad. (Dirección General de Comunicación Social, 2008)

Tiene como objetivo "Formar más y mejores profesionistas" así como tener una visión de "Consolidar una Administración Escolar Institucional de calidad, dinámica y con reconocimiento de la comunidad Universitaria y de la Sociedad." Y tener como misión proporcionar "validez a los resultados del proceso enseñanza-aprendizaje durante la vida académica de los alumnos en la Institución, desde su ingreso hasta la conclusión de sus estudios". (DGAE, 2009)

Por otro lado, para cumplir con la misión de la Facultad que es: "Formar de manera integral y responsable a los profesionales de la Psicología, realizar investigaciones de vanguardia y difundir a la sociedad sus resultados con el más alto nivel de rigor científico y ético, bajo una actitud de compromiso y responsabilidad social y así contribuir al desarrollo humano, calidad de vida y bienestar social de los mexicanos". (UNAM, 2013)

Esta ha implementado distintos programas que permitan que sus egresados desarrollen su profesión de manera adecuada, crítica y ética. Entre estos programas se encuentra el Servicio Social, del Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-Organizativos (Call Center UNAM) que el cual tiene como Objetivo:

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

psicológico vía telefónica, con el firme propósito de mejorar su calidad de vida".
(Alvarado y Carriosa, 2014)

De igual manera tiene como Visión:

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

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

"Promover el servicio primero en los nueve planteles de la Escuela Nacional Preparatoria, los cinco Colegios de Ciencias y Humanidades, así como escuelas y Facultades periféricas del circuito de Ciudad Universitaria, que cuenten con problemáticas como: Embarazos no deseados, adicciones, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, motivada por problemas escolares como violencia en el noviazgo etc. En consecuencia extender esta promoción de servicios a escuelas como bachillerato tecnológico, universidades públicas y privadas de la zona conurbada." (Alvarado y Carriosa, 2014)


4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.

El Call Center al ser un servicio gratuito y de fácil acceso facilita el contacto con los usuarios desprovistos de servicios psicológicos.

Este servicio ha permitido atender vía telefónica a los usuarios en situaciones críticas por eventos como: celos, separaciones afectivas, problemas familiares, bullying, alcoholismo, drogodependencia, muerte de un ser querido, violencia doméstica, por mencionar algunos.

Para brindar este Servicio de manera óptima a las actividades que se realizan en el Call center de la Facultad de psicología son las siguientes:

- **Atención psicológica vía telefónica:** Dónde se atendieron un aproximado de 56 pacientes brindándoles terapia breve, de los cuáles sólo se les proporcionó un seguimiento a 15, que tuvieron éxito en su tratamiento. Algunos de los temas que se trataron durante la terapia fueron: problemas de pareja, familiares y académicos.
- **Apoyo en la organización, logística y desarrollo del Call center Virtual:** Se llevó a cabo la recaudación de las estadísticas para los informes mensuales de llamadas, así como la organización de la papelería y citas de cada paciente. Al igual se apoyó en los diferentes trámites, para obtener la beca IMJUVE para el apoyo de cada uno de los estudiantes que realizaban su servicio social en dicho programa.
- **Apoyo en actividades académicas:** En esta actividad no se tuvo participación.

- 
- **Participación Integración y entrenamiento en el programa de Intervención en crisis: se tomaron diversos cursos para mantener una capacitación continua para enfrentar las problemáticas presentadas por los usuarios, así como el apoyo para mejorar la integración de los nuevos miembros.**
 - **Participación en actividades de difusión (cursos y talleres) y reuniones preparativas para la instrumentación del Call Center y logística entre el responsable de la dirección General de Servicios Médicos de la UNAM y el equipo de Intervención en Crisis: Se dio difusión de la Línea, en estaciones de radio, así como algunos programas de televisión (Canal 11), así como la entrega de folletos y trípticos en algunas facultad de la UNAM, logrando un aumento del 30% en las llamadas.**

5. OBJETIVOS DEL REPORTE DE SERVICIO SOCIAL.

El reporte tiene como Objetivo:

- **Crear y tener una alternativa para instruir a los nuevos integrantes del Call Center de la Facultad de psicología acerca de la atención que se brinda, la manera correcta de contestar la línea telefónica entre otras actividades.**
- **De igual manera capacitar a los nuevos integrantes y a los miembros activos, en las formas de contención e intervención ante alguna crisis que se presente.**
- **Tener una supervisión constante a los nuevos integrantes a raíz de la capacitación brindada para así asegurar un máximo desempeño a partir del primer momento en el que se integran al equipo de trabajo.**

6. TÍTULO DEL TRABAJO: “MANUAL DE CAPACITACION PARA LOS NUEVOS INTEGRANTES DEL CALL CENTER UNAM”

7. SOPORTE TEÓRICO – METODOLÓGICO

7.1 Introducción.

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

La violencia, los conflictos de pareja, un conflicto laboral, una separación, una pérdida de un ser querido, un accidente o robo, pueden ocasionar una crisis y desencadenar secuelas físicas como la muerte o el sufrimiento emocional en los afectados.

Debemos de tomar en cuenta que algunas personas podrían superar estos problemas rápidamente, pero de igual manera otras podrían tener más dificultad en superarlos y serán vulnerables ante estas situaciones, en tanto no se actué adecuadamente antes, durante o después de lo ocurrido en el evento.

Debido a que la capacidad de dar una respuesta y atención se ha visto sobrepasada además de que la práctica privada llega a tener costos real mente altos, se requiere otro servicio de intervención de fácil acceso, que pueda suministrar una atención eficaz ante estas crisis, además que logre restablecer con éxito el funcionamiento de la persona en crisis, además de orientarlo a una educación psicológica y un afrontamiento de crisis.

En concreto en la Ciudad de México existen algunos programas de atención psicológica y/u orientación ya sea presencial o por vía telefónica al ser esto viable,

◀

aquí es donde entra el Call Center UNAM ya que este medio además de brindar atención especializada a la comunidad universitaria este servicio se abrió al público en general para así poder dar el apoyo necesario, esto de una manera gratuita y en un horario de atención de 8 A.M a 8 P.M.

7.2. Intervención en crisis

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

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

7.2.1. Antecedentes

La intervención en crisis se remonta al trabajo elaborado por Eric Lindemann y colaboradores donde trabajaron con los familiares y los sobrevivientes del incendio registrado el 28 de noviembre de 1942.

Lindemann (1944) realizó un informe sobre los síntomas psicológicos que presentaban las víctimas del incendio. Dichos informes se refieren al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional; este fue el inicio de las posteriores teorías sobre el proceso del duelo.

El (1964 Gerald Caplan) elaboró una teoría de la crisis basada en la estructura del desarrollo de Erickson el cual seguirá que el cambio debido al desarrollo ocurre en ocho etapas distintas.

Cada etapa tiene un esquema fijo y es similar para toda la gente. Erickson (1963) argumenta que cada etapa presenta una crisis que el individuo debe de resolver, aunque ninguna crisis se resuelve del todo, lo que hace que la vida sea más complicada; el individuo debe al menos abordar la crisis de cada etapa de manera eficiente.

Caplan manifestó que si la crisis es tratada de manera incorrecta o su proceso conduce a una desorganización o enfermedad mental, entonces la prevención deberá contemplarse desde etapas del desarrollo en la infancia y juventud.

El enfoque de Caplan sobre la Intervención en crisis determina la importancia de la consulta con respecto a la salud mental, que promueva el desarrollo positivo y disminuya el riesgo del deterioro psicológico al identificar y diagnosticar la crisis. Así mismo resalta la importancia de que los profesionales de la salud mental, capaciten a principiantes comunitarios, profesores, enfermeras, clero, asesores y otros para ayudar a las personas a manejar esa desorganización ocasionada por una crisis.

Teniendo en cuenta lo anterior, debemos de tomar que el Call Center es un medio de intervención via telefónica, por eso es importante destacar que el antecedente más remoto de una intervención de esta índole se remonta al año 1906 cuando un grupo de sacerdotes en la Ciudad de Nueva York crean *New York National Save a Life League* (Slaikeu y Leff, 1988) para ayudar a personas con riesgo suicida.

Por otro lado en México, los antecedentes de apoyo psicológico vía telefónica, se remontan al año de 1967, en el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencia de Coyoacán que funcionó casi cinco años; la ayuda que brindaba era médica y psicológica a través del teléfono y en consulta. El servicio era gratuito y su difusión era mínima, sin embargo el servicio no estaba disponible las 24 horas y fue suspendido cuando ocurrió el cambio de autoridades ya que lo consideraban obsoleto (Viveros, 1996).

Por otro lado, la Universidad Nacional Autónoma de México creó diversos programas para el apoyo de víctimas y sus familiares durante los sismos ocurridos en la ciudad de México en 1985. Uno de sus programas fue SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico, consejo e Intervención en Crisis por teléfono) en el que participaron estudiantes y profesores de la Facultad de Psicología UNAM. Fue entonces cuando surgieron distintos programas como *Locatel*, *Telsida*, *Planificatel*, *de Joven a Joven*, entre otros (Mancera, 2009).

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

7.2.2 Tipos de Crisis

Las formas de respuesta al ser subjetivas dependerán de cada individuo y de su interacción con la situación y el ambiente. Robin y Bloch, (2001) al igual que Slaikou (1996) dividen las crisis en: crisis del desarrollo y crisis circunstanciales:

Todo ser humano, pasa inevitablemente por determinadas **crisis del desarrollo**; son aquellas relacionadas con la transición de una etapa del crecimiento a otra desde la infancia a la vejez Sin ellas el crecimiento es imposible, dado que permiten el salto hacia otra etapa (Robin y Bloch, 2001) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Posibles causas de la crisis del desarrollo.

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

Manuela de Procedimientos Utilizados en el Call Center UNAM (Alvarado y Carrizosa. 2014).

Crisis circunstanciales:

Este tipo de crisis son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados), se pueden dar por:

- **separación**
- **pérdidas**
- **muerte**
- **enfermedades corporales**
- **desempleo**
- **trabajo nuevo**
- **fracaso económico**
- **violaciones**
- **incendios**
- **accidentes**

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

7.2.3. Estrategias de Intervención

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

“Las estrategias de resignación son más fáciles de establecer cuando son desastres naturales o accidentes de tráfico, pero cuando es una acción humana es más grave, porque generan odio y rechazo y las terapias a aplicar son más complejas” (Echeburúa, E, 2004)

Slaikeu (1996) diferencia dos fases en el proceso de la Intervención en Crisis:

- intervención (primeras horas). Primeros Auxilios Psicológicos.
- intervención (aplicable en consulta). Terapia para Crisis.

7.2.3.1. Primeros Auxilios Psicológico:

- Los que duran minutos o, como mucho, horas.
- El objetivo es restablecer el enfrentamiento inmediato al evento:

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

Se componen de intervenciones organizadas y guiadas por objetivos, para que las que se empleen habilidades y técnicas válidas para este tipo de ayuda. Son intervenciones básicas, aunque no por ello menos importantes o potentes en los primeros momentos, que intervenciones más avanzadas. (Rodríguez, Zaccarelli, y Perez, 2006).

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

Las metas de los primeros auxilios son:

- otorgar apoyo.
- reducir el peligro de muerte (por ejemplo en casos de maltrato infantil, violencia doméstica, suicidio, ideas auto líticas, deambulación peligrosa, agresiones).
- enlace con recursos de ayuda: Informar sobre los distintos recursos, y remitir a orientación psicológica.

Existen diferentes propuestas de acción para presentar los primeros auxilios. Una de ella es la sugerida por Parada (2008) que cuenta con 5 puntos.

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

7.2.3.2. Terapia para la Crisis

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre al rumbo de la vida.

Esta intervención puede durar semanas o meses, y su objetivo es la resolución de la crisis:

- valorar el incidente de crisis
- integrar el incidente en la trama de la vida
- establecer la apertura/disposición para encarar el futuro.

Si bien es cierto, que la meta básica de la intervención en crisis es ayudar a los individuos a manejar el periodo de transición del suceso estresante, es importante señalar que el reforzar la autoimagen, estimular la autoconfianza, e inculcar en el afectado esperanza y expectativas, son principios básicos de los modelos de intervención en crisis; además el profesional debe mostrar siempre un enfoque de resolución de problemas promoviendo la expresión creativa y el establecimiento de vínculos con otras personas que lo escucharán y entenderán. (Lazarus, 1993)

El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro sin importar la crisis que se presente.

Tal y como se ha comentado la terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente y que puede tomar de una a seis semanas, según los trabajos de Caplan, (1964).

Este tipo de intervención tradicionalmente se la ha llamado de diversas formas:

- **apoyo psicológico.**
- **intervención en Crisis.**
- **terapia de Crisis.**
- **terapia Breve de urgencia con tiempo limitado.**

Con variaciones según el modelo que se aborde, en general se define como:

“Conjunto de situaciones inmediatas encaminadas a paliar el sufrimiento psicológico de los afectados por una situación crítica o traumática mediante el empleo de sus propios recursos”.

De todos estos términos, los más adecuados son el Apoyo Psicológico o la Intervención en Crisis. Ya que ambos términos aluden a una situación temporal y concreta que es resuelta por la propia persona con el soporte, apoyo o dirección de un profesional de la psicología.

En cambio los otros términos puedan afirmar la idea de enfermedad (terapia) y por tanto de “víctima” de una situación a la que como mínimo considera injusta, aunque solo sea por el malestar que le provoca, y se reafirme la sensación de que la persona requeriría ser tratado como un enfermo, afianzando su rol de persona indefensa y desvalida.

Así que, el concepto “apoyo” contribuye al objetivo primordial de la intervención en Crisis: *Que es apoyar a la persona en la recuperación de su nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, fomentando las capacidades de resistencia y enfrentamiento a las vicisitudes de la vida.*

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

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

La terapia para crisis seguridad por Slaikeu (1996) fundamentada en gran parte en el modelo de Lazarus (1976) ha sido una de las más utilizadas ya que hace una valoración del suceso de crisis en cada una de las cinco modalidades del funcionamiento Conductual, Afectivo, Somatico, interpersonal y Cognoscitivo (CASIC) del individuo así facilitando la comprensión de la crisis. Y la planificación terapéutica apropiada (ver Tabla 2).

7.2.3.3 Cuando se resuelve la crisis, las personas:

Restaurar el equilibrio se refiere a la reducción de los síntomas y los signos, pero no es equivalente a que se haya resuelto constructivamente la crisis. Es posible que la manera en que se logre el equilibrio momentáneo, pueda causarle después mucho más daño.

Cuando no se resuelven las crisis, las personas con el tiempo, hacen el papel de víctima o de victimario. Incapacitadas para establecer relaciones interpersonales sanas y profundas. Bloquean su voluntad de sentido, su intuición, su libertad y su responsabilidad, por lo que muy probablemente sientan vacío existencial.

Por lo tanto es importante identificar las reacciones habituales del individuo en el momento en crisis y que presenta a continuación de la misma.

7.2.3.3.1. Reacciones Habituales

Un evento traumático produce cambios en nuestro mundo, como en nuestro mundo interno:

En nuestro mundo interno: La percepción del entorno cambiará y será comprendido como extraño, sin significado, sin sentido, amenazante, incierto, confuso y hasta violento. En nuestro mundo interno se modificará nuestro modo subjetivo de percibir las cosas. No se articulará bien el proceso de percepción, identificación y memoria.

Los recursos habituales se muestran insuficientes para manejar los acontecimientos que aporta la nueva situación. Aparecen factores desestabilizadores. Todo se torna nuevo y desconocido y lo mismo respecto a nosotros mismos o nuestras sensaciones, que no reconocemos.

Los presupuestos básicos que hasta ahora habían servido para vivir en equilibrio y seguridad han de ser revisados. Se generan sentimientos en el que el individuo se siente indefenso y en desconfianza por la magnitud de las pérdidas sufridas.

La consecuencia será una reacción de estrés al evento que se interpreta como amenazador y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta. Variables genéticas, de salud y personalidad, las características del evento y traumas adicionales van a influenciar las reacciones de la víctima.

La presencia de factores estresantes y traumáticos puede iniciar, modificar y continuar el progreso de un síndrome biológico que depende de variables que tienen influencia bidireccional.

Cuando la conducta usual de la persona se modifica como consecuencia de experiencias estresantes, esta se manifiesta como cambios en pensamientos, emociones y respuesta.

Estos cambios de conducta se pueden interpretar como indicio de que las funciones biológicas están alteradas en la persona que está sufriendo por el cambio repentino en su vida debido al efecto del desastre sobre su persona y el entorno familiar

En una crisis considerable como "normal", se presentan las siguientes fases.

Fases de Reacción:

Las reacciones habituales ante el estrés suelen pasar por cuatro fases:

- fase aguda
- fase de reacción
- fase de reparación.

- fase de reorientación.

Fase aguda.

La Fase aguda se da pasados los primeros momentos, produciéndose estados afectivos intensos.

Las respuestas emocionales manifiestas pueden ser:

- angustia
- ansiedad
- ira
- irritabilidad
- hipervigilancia
- manifestaciones vegetativas y
- sensación de irrealidad

En ocasiones esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación de esfínteres, respuestas agresivas. Alteración en las relaciones interpersonales. Pueden producirse diferentes respuestas según sexos.

Fases de reacción.

Estas fases de reacción duran de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías como: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas, ánimo triste y lábil (inestable).

Las reacciones características son:

- temor a regresar al evento.
- sueños o pesadillas.
- ansiedad.
- tensión muscular.
- aumento de la irritabilidad

Fase de reparación:

Dura de uno a seis meses. Se diferencia en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro.

Fase de reorientación:

Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente. Es importante evaluar las necesidades actuales

Horowitz (citado por Sleikue 1988. Pag. 18) propone las siguientes reacciones de una persona ante una situación de crisis.

1. *El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.*
2. *La negación conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.*

3. *La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características de esta etapa.*
4. *La transvaloración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y transvaloran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.*
5. *La terminación es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida de un individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.*

7.2.4. Intervención en Crisis Vía Telefónica

En la comunicación humana hay señales vocales capaces de expresar mensajes por sí mismas como llorar, suspirar, gritar, etc. El volumen, el tono de voz, el timbre, la claridad, la velocidad, el énfasis y la fluidez, las pausas y las vacilaciones son elementos paralingüísticos y están muy relacionados con el contenido verbal (Comejo, 2011), estos raramente se han utilizando aislados y el significado que transmiten es el resultado de la combinación de señales vocales y conducta verbal.

Ahora, estas señales vocales son importantes en la intervención telefónica, teniendo en cuenta la ausencia de señales no verbales, como la gesticulaciones y el lenguaje corporal, el único medio de comunicación que se tiene al recibir una llamada es el canal auditivo, razón por la que el operador telefónico debe poner mucha atención a las inflexiones del lenguaje de quien habla, los silencios, la

velocidad con la que habla, y el tono de voz que utiliza, estos aspectos son importantes de tomar en cuenta para formar un diagnóstico de quien llama a partir de sus señales vocales (Pérez, 2011).

Pichardo Galán (2009), nos describe los elementos paralingüísticos:

- **Volumen:** Es el potencial de la voz. Si hablamos muy bajito, quizás no oigan, por el contrario si hablas muy fuerte puedan pensar que estamos enfadados. Habrá que acomodar el volumen a las circunstancias y a las interferencias que existan en el medio.

- **Entonación:** Establece matices en la comunicación. Mediante la entonación podemos distinguir cuando se hace una pregunta, cuando se exclama, o cuando el habla es irónica.

- **Claridad:** Es la vocalización al hablar. Cuando hablamos con personas de otra localidad, a veces, no comprendemos bien lo que nos quieren transmitir o debemos hacer un gran esfuerzo para descifrar sus palabras.

- **Tono o timbre:** Es la claridad de la voz. Cuando queremos mandar sin subir el volumen utilizamos un tono más grave de voz.

- **Velocidad:** Conlleva significación psicológica. El habla lenta puede indicarnos tristeza y aburrimiento. El habla rápida se identifica con ansiedad, nerviosismo.

- **Perturbaciones de la voz:** Son las muletillas, las vacilaciones, las pausas y los silencios mal utilizados.
- **Fluidez del habla:** Indica seguridad en sí mismo, cultura, etc.

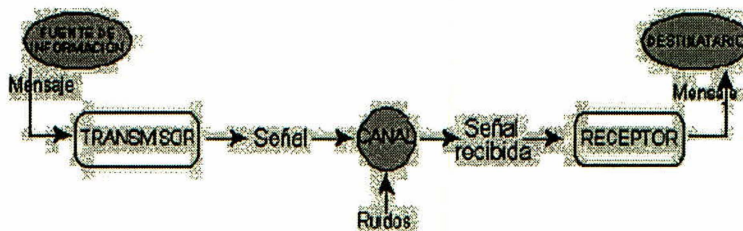


Figura 1. Componentes de la comunicación (Pichardo, 2009)

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

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

7.2.5. Actitudes y/o habilidades clínico-Interpersonales deseables en el terapeuta telefónico.

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

Hay dos posturas de la persona que interviene: la facilitadora o la directiva.

La postura directiva: sólo es recomendable cuando haya peligro de alta mortalidad, ya sea para la persona en crisis o alguien más. Y cuando la persona no es capaz de cuidar de sí misma por encontrarse muy perturbada emocionalmente.

Implica marcar más directrices, y hasta tomar parte en la acción. De ser posible se debe involucrar a otras personas cercanas a quien padece la crisis. Se tiene que tomar en cuenta el aspecto legal y el ético por las implicaciones que se dan.

La postura facilitadora: Es cuando la persona puede hacer las cosas por sí misma,

La diferencia se refiere únicamente a las acciones que deben realizarse, considerando la seguridad integral de la persona en crisis.

Es por esa razón que selecciona cuatro habilidades que se consideran básicas para brindar primeros auxilios y terapia breve vía telefónica, así convirtiéndose en elementos indispensables estas habilidades son: escucha activa, empatía, expresión de emociones y respeto, que se describirán a continuación.

Escucha Activa

Vázquez, Loby y Araujo (2005) indican que la escucha activa hace referencia a la manifestación de ciertas conductas que claramente demuestran que se está presentando atención a la otra persona.

Algunos de los elementos clave útiles para optimizar la escucha activa vía telefónica son:

- dedicarse a escuchar la mayor parte del tiempo de intervención
- cuidar el tono y volumen de voz, para que sea lo más equilibrado posible
- participar puntualmente en ciertos momentos de manera audible
- resistir a las distracciones
- orientar toda nuestra atención a la problemática

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

- recoger Información que se transmite de forma adecuada.

Empatía

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

Expresiones de emociones

Los sentimientos al ser conceptos abstractos dificultan su expresión, muchas veces por miedo de hablar con otras personas acerca de ellos sobre todo cuando se trata de desconocidos. Por eso es importante que en la intervención telefónica el terapeuta sea capaz de dar forma a los sentimientos y pensando que manifieste el usuario, encauzándolo a comunicarlos y mejorarlos, utilizando nuestro único recurso disponible en la ayuda terapéutica: la palabra. (Muñoz y Martín, 2009; Zarate, Claudio, Ramon y Mondragon, 2012).

Respeto

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

El terapeuta siempre debe evitar ser excesivamente vehemente al defender determinadamente decisiones o posibles soluciones al problema, el respeto a las decisiones por parte del usuario debe formar parte del repertorio del terapeuta, incluso cuando se tenga la firme convicción que el usuario está tomando decisiones equivocadas.

Lo anterior dicho se mostrará a continuación

8. RESULTADOS OBTENIDOS.

A partir de la experiencia dentro del servicio y de la formación dentro de éste es importante contar con un manual que permita una capacitación más accesible y sencilla.

Derivado de lo anterior se presenta el manual de capacitación para los nuevos integrantes del Call Center UNAM

El objetivo de este manual, es preparar a los nuevos integrantes del Call Center para que puedan dar una intervención óptima y de calidad a los usuarios del mismo.



**INTERVENCIÓN EN CRISIS A VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES Y
SOCIOORGANIZATIVOS**

MANUAL DE INDUCCIÓN AL CALL CENTER UNAM

PONENTE: ANGELES CHÁVEZ GIOVANNI RAFAEL

INTERVENCIÓN A VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES Y SOCIOORGANIZATIVOS.

CALL CENTER UNAM

ÍNDICE

- **OBJETIVO GENERAL**
- **TEMA 1: INTRODUCCIÓN**
 - **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
 - Promover la integración del grupo
 - Recabar las expectativas de las y los participantes con respecto al curso-taller.
 - Presentar los objetivos y plan de trabajo del Curso-Taller
 - Dar a conocer la historia del Call Center y los métodos correctos de contestación.
- **TEMA 2: QUÉ ES UNA CRISIS Y ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS**
 - **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
 - Definir cuáles son los tipos existentes de crisis de acuerdo al marco teórico presentado en el manual.
 - Mostrar cuáles son los antecedentes con respecto a la intervención en crisis
- **TEMA 3: CÓMO INTERVENIR EN UNA CRISIS, ACTITUDES DESEADAS EN EL TERAPEUTA**
 - **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
 - Definir cuáles son las maneras correctas de intervención y que técnicas son las apropiadas dependiendo la crisis presente.
 - Definir cuáles son los aspectos deseados en los terapeutas.
- **TEMA 4: FINALIZACIÓN DE LLAMADA.**
 - **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
 - Resolución de la llamada, cuál es la manera correcta de finalizar las llamadas recibidas, sean de primera vez o seguimiento.
- **TEMA 5: SUPERVISIÓN DE LLAMADA**
 - **OBJETIVO ESPECÍFICO:**
 - Que los nuevos integrantes del Call Center apliquen lo aprendido en la sesión teórico-metodológica

OBJETIVO GENERAL:

Crear y tener una alternativa para instruir a los nuevos integrantes del Call Center de la Facultad de psicología acerca de la atención que se brinda, la manera indicada de contestar la línea telefónica entre otras actividades.

TEMARIO

TEMA 1: Introducción

Objetivos específicos

- 1. Promover la integración del grupo**
- 2. Recabar las expectativas de las y los participantes con respecto al curso-taller.**
- 3. Presentar los objetivos y plan de trabajo del curso-Taller**
- 4. Dar a conocer la historia del Call Center y los métodos correctos de contestación.**
- 5. Rol y función del operador.**

Por medio de:

- 1. Dinámicas de bienvenida y presentación por parejas.**
- 2. Lluvia de ideas**
- 3. Exposición**
- 4. Lectura**

TEMA 2: Qué es una crisis y antecedentes de la intervención en crisis.

Objetivos específicos.

1. Definir cuáles son los tipos existentes de crisis de acuerdo al marco teórico presentado en el manual.

Por medio de:

- 1.- Exposición de los diferentes tipos de crisis.

TEMA 3: Cómo intervenir en una crisis y actitudes deseadas en el operador.

Objetivo específico:

- 1.-Definir cuáles son las maneras correctas de intervención y que técnicas son las apropiadas dependiendo la crisis presente

Por medio de:

- 1.- Representación de las diferentes crisis mostradas a través de la técnica de micro enseñanza

TEMA 4: Finalización de la llamada.

Objetivo específico:

Resolución de la llamada, cual es la manera correcta de finalizar las llamadas recibidas, sean de primera vez o seguimiento.

Por medio de:

- 1.-Representación de la manera correcta de finalizar una llamada, todo esto a través de la técnica de micro enseñanza

TEMA 5: Supervisión de llamadas.

Objetivo específico:

- 1.- Que los nuevos integrantes del Call Center apliquen lo aprendido en la sesión teórico-metodológica

Por medio de:

- 1.-Que los nuevos integrantes contesten llamadas, siendo supervisados por el capacitador.

TEMA1: Introducción.

Call Center UNAM

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

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

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

El Call Center UNAM adscrito a la Coordinación de los Centros de Servicios de la Comunidad Universitaria y al Sector Social, surge operativamente en Abril del año 2012, gracias al apoyo proporcionado por la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos de la UNAM y al financiamiento y asesoría del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) a través del programa "Joven-es Servicio" que

convocó a las instituciones de Educación Superior de todo el país públicas y privadas para presentar proyectos que promovieran la construcción del tejido social con el propósito de reducir problemas sociales en sus comunidades.

Gracias a ello se puso en funcionamiento dicho servicio coordinado por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez, cuya población blanco era inicialmente la comunidad universitaria y población juvenil, en general, sin embargo debido al alto índice de llamadas que se atendieron, se abrió el servicio al público, mediante un número telefónico gratuito (56-22-22-88) dicho número actualmente cuenta con 6 líneas disponibles de lunes a viernes en un horario de atención de 8:00 a.m a 8:00 p.m en días hábiles de acuerdo al calendario escolar estipulado por la Dirección General de Administración Escolar UNAM. (Alvarado y Carriosa, 2014)

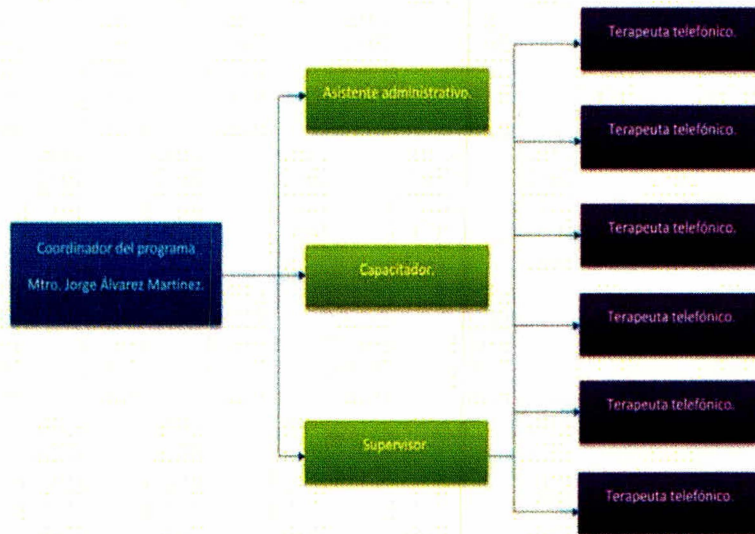
Servicios y Horarios

Los servicios que ofrece el *Call Center* UNAM a través de las llamadas que se reciben son los siguientes:

- **Información:** Dónde se proporcionan datos acerca del programa (teléfonos, horarios de atención y acceso al servicio).
- **Intervención:** Se le proporciona al usuario los primeros auxilios psicológicos (atención psicológica inmediata en el momento de una crisis para el restablecimiento emocional del usuario) o terapia breve (atención psicológica en no más de 6 sesiones para el manejo de una crisis o conflicto emocional) si lo requiere.
- **Canalización:** Se contemplan alternativas de apoyo psicológico en otras Instituciones adscritas en el directorio del *Call Center* UNAM, que sean apropiados para el caso que exponga el usuario.

Para ofrecer un servicio de calidad, los operadores telefónicos cuentan con una estructura operativa para favorecer la calidad del servicio del *Call Center* UNAM.

La figura 1., ilustra la organización del programa en términos del personal que labora en él:



Alvarado & Carrizosa, I, (2014) Manual de Procedimientos Utilizados en el Call Center UNAM,

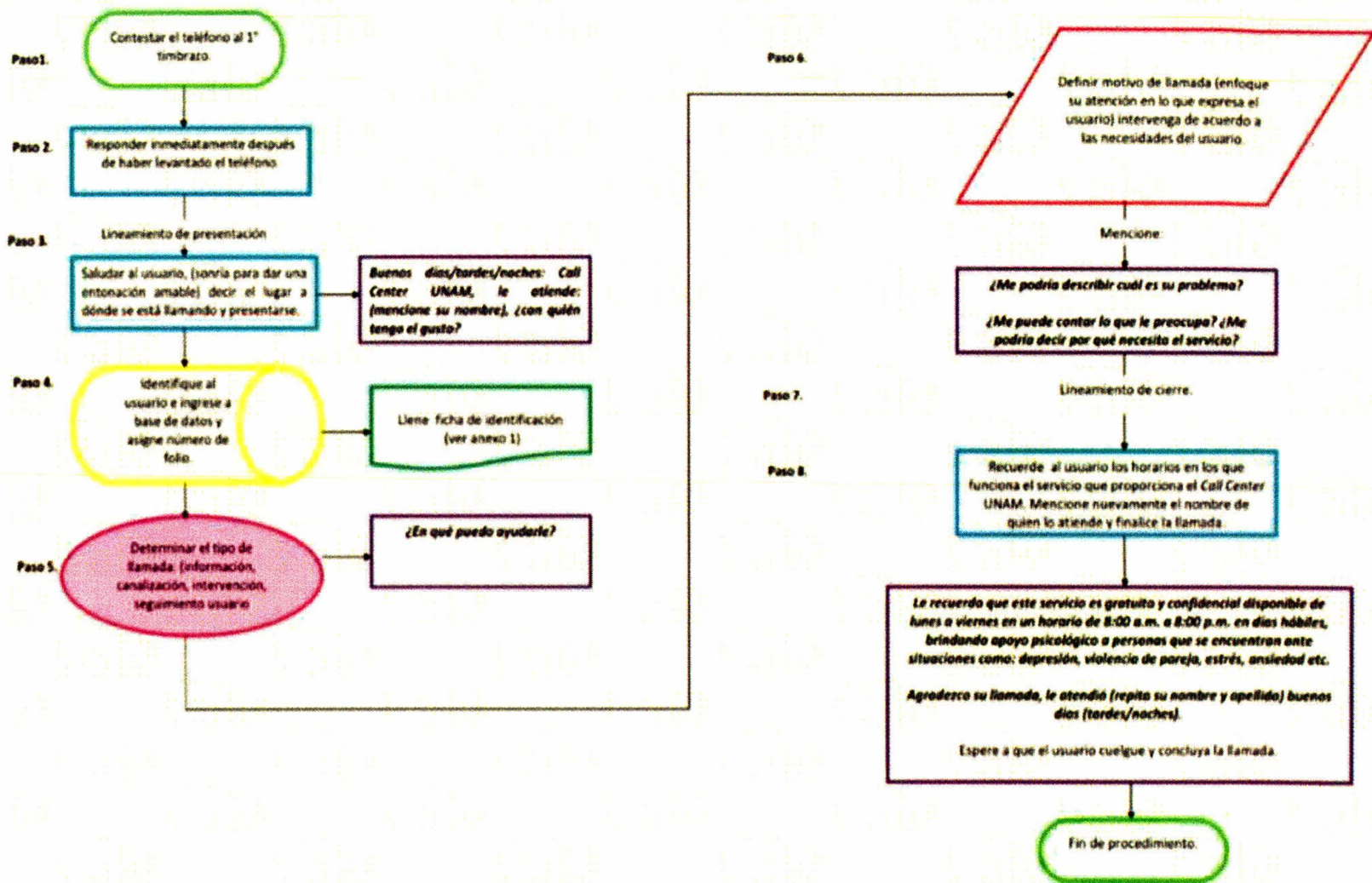
FIGURA 1. Distribución Organizacional del Call Center UNAM.

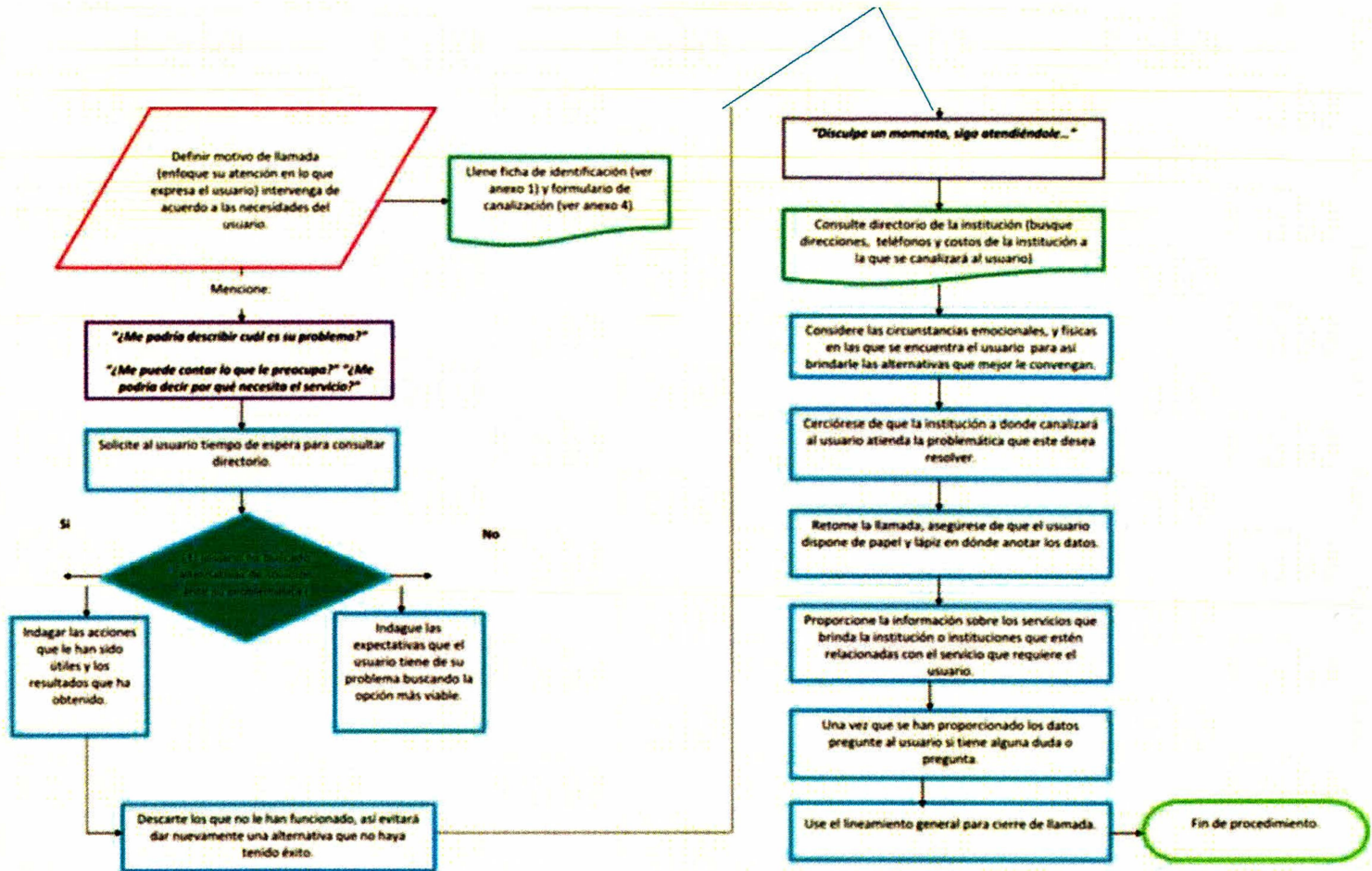
Manera correcta de contestación telefónica.

No se puede contestar de manera habitual el teléfono, ya que siempre debe de haber un sello o algo que identifique que es un servicio en específico para el usuario.

La manera correcta de contestación es:

Call Center UNAM, atención psicológica, buenas tardes o noches.





Actividades de Integración.

CANASTA REVUELTA

Objetivo: Todos los participantes se colocan en círculos con sus respectivas sillas, el coordinador queda al centro de pie.

Desarrollo: En el momento que el coordinador señale a cualquiera diciéndole ¡Piña!, éste debe responder el nombre del compañero que esté a su derecha. Si le dice: ¡Naranja!, debe decir el nombre del que tiene a su izquierda. Si se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder, pasa al centro y el coordinador ocupa su puesto.

En el momento que se diga ¡Canasta revuelta!, todos cambiarán de asiento. (El que está al centro, deberá aprovechar esto para ocupar uno y dejar a otro compañero al centro).

CUERPOS EXPRESIVOS

Objetivo: Animación

Materiales: Papeles pequeños.

Desarrollo: Se escriben en los papelitos nombres de animales (macho y hembra), ejemplo: León en un papelito, en otro Leona (tantos papeles como participantes).

Se distribuye los papelitos y se dice que, durante 5 minutos, sin hacer sonidos deben actuar como el animal que les tocó y buscar a su pareja. Cuando creen que la han encontrado, se toman del brazo y se quedan en silencio alrededor del grupo no se puede decir a su pareja qué animal es.

Una vez que todos tienen su pareja, cada uno de ellos dice qué animal estaba representado, para ver si acertaron. También puede hacerse que la pareja vuelva

a actuar y el resto de los participantes decir qué animal representan y si forman la pareja correcta.

EL BUM

Objetivo: Animación, Concentración.

Desarrollo: Todos los participantes se sientan en círculo, se dice que van a enumerarse en voz alta y que todos a los que les toque un múltiplo de tres (3- 6- 9- 12, etc.) o un número que termina en tres (13- 23- 33, etc.) debe decir ¡BUM! en lugar del número, el que sigue debe continuar la numeración. Ejemplo: se empieza, UNO, el siguiente DOS, al que le corresponde decir TRES dice BUM, el siguiente dice CUATRO, etc.

Pierde el que no dice BUM o el que se equivoca con el número siguiente. Los que pierden van saliendo del juego y se vuelve a iniciar la numeración por el número UNO.

La numeración debe irse diciendo rápidamente, si un compañero tarda mucho también queda descalificado. (5 segundos máximo).

Los dos últimos jugadores son los que ganan.

El juego puede hacerse más complejo utilizando múltiplos de números mayores, o combinando múltiplos de tres con múltiplos de cinco por ejemplo.

TEMA 2: Qué es una crisis y Antecedentes de la Intervención en Crisis

¿Qué es una crisis?

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

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

Tipos de crisis

Una crisis es la respuesta a eventos peligrosos y es vivida como un estado doloroso (o traumático). Es por esto que la persona tiende a movilizar reacciones que le ayudan a aliviar su malestar para recuperar el equilibrio que existía antes del inicio de la crisis. Si esto sucede, la crisis puede ser superada con éxito y el sujeto aprende a emplear nuevas estrategias con las cuales podrá intervenir en alguna crisis futura.

Las formas de respuesta al ser subjetivas dependerán de cada individuo y de su interacción con la situación y el ambiente. Robin y Bloch, (2001) al igual que Slaikeu (1996) dividen las crisis en: crisis del desarrollo y crisis circunstanciales.

Todo ser humano, pasa inevitablemente por determinadas crisis del desarrollo; son aquellas relacionadas con la transición de una etapa del crecimiento a otra desde la infancia a la vejez Sin ellas el crecimiento es imposible, dado que permiten el salto hacia otra etapa (Robin y Bloch, 2001) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Posibles causas de la crisis del desarrollo.

Etapas	Causas de una posible crisis
Infancia y niñez temprana/ media	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermedad física. ■ Rechazo por el cuidador primario. ■ Cambio de cuidadores. ■ Conflictos con los maestros/ padres. ■ Premios/ juegos sexuales. ■ Conflictos con compañeros. ■ Ingreso a la escuela/ jardín de niños o preescolar. ■ Pérdida de animales por muerte o traslado. ■ Dificultades de aprendizaje. ■ Cambio de escuela.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adaptación a cambios corporales (menstruación). ■ Experiencia de emociones nuevas a través de relaciones sexuales. ■ Embarazo no deseado. ■ Graduación de preparatoria. ■ Ingreso a la universidad. ■ Conflictos con los padres sobre hábitos personales y estilo de vida. ■ Rompimiento con novio/ novia comprometida. ■ Cálculo o fracaso en estudios y deportes. ■ Inducción en la profesión / desempeño en el primer trabajo.
Crisis de madurez/ cambio de carrera	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo del estilo de vida personal en un contexto social. ■ Transición de la crisis. ■ Dificultades académicas, fracaso al graduarse, al prepararse o universidad. ■ Necesidad para cambiar una profesión/ carrera. ■ Desempeño deficiente en la profesión elegida.
Conceptos de esterilidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Iniciar una familia o no?
Embarazo, parto, nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Embarazo no deseado. ■ Nacimiento de un niño.
Crisis que involucran la identidad sexual	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exploración de relaciones personales.
Madurez	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preparación de la vida adulta/ vida adulta en la adaptación a la misma. ■ Toma de decisiones (matrimonio, carrera profesional).
Envejecimiento y muerte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Condición de la vejez/ vejez. ■ Adaptación a cambios fisiológicos de la vejez. ■ Cambios en el salud.

Manual de Procedimientos Utilizados en el Call Center UNAM (Alvarado y Carrizosa. 2014).

Crisis circunstanciales:

Este tipo de crisis son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados), se pueden dar por:

- **separación**
- **pérdidas**
- **muerte**
- **enfermedades corporales**
- **desempleo**
- **trabajo nuevo**
- **fracaso económico**
- **violaciones**
- **incendios**
- **accidentes**

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

- **La restauración del equilibrio**
- **La resolución de la crisis.**

Cuando se resuelve la crisis:

Restaurar el equilibrio se refiere a la reducción de los síntomas y los signos, pero no es equivalente a que se haya resuelto constructivamente la crisis. Es posible que la manera en que se logre el equilibrio momentáneo, pueda causarle después mucho más daño.

Cuando no se resuelven las crisis, las personas con el tiempo, hacen el papel de víctima o de victimario y quedan incapacitadas para establecer relaciones interpersonales sanas y profundas, bloquean su voluntad de sentido, su intuición, su libertad y su responsabilidad, por lo que muy probablemente sientan vacío existencial.

Por lo tanto es importante identificar las reacciones habituales del individuo en el momento en crisis y las que presenta a continuación de la misma.

Reacciones Habituales

Un evento traumático produce cambios en nuestro mundo, como en nuestro mundo interno:

En nuestro mundo interno: La percepción del entorno cambiará y será comprendido como extraño, sin significado, sin sentido, amenazante, incierto, confuso y hasta violento. En nuestro mundo interno se modificará nuestro modo subjetivo de percibir las cosas. No se articulará bien el proceso de percepción, identificación y memoria.

Los recursos habituales se muestran insuficientes para manejar los acontecimientos que aporta la nueva situación. Aparecen factores desestabilizadores. Todo se torna nuevo y desconocido y lo mismo respecto a nosotros mismos o nuestras sensaciones, que no reconocemos.

Los presupuestos básicos que hasta ahora habían servido para vivir en equilibrio y seguridad deben ser revisados. Se generan sentimientos en el que el individuo se siente indefenso y en desconfianza por la magnitud de las pérdidas sufridas.

La consecuencia será una reacción de estrés al evento que se interpreta como amenazador y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta. Variables genéticas, de salud y personalidad, las características del evento y traumas adicionales van a influenciar las reacciones de la víctima.

La presencia de factores estresantes y traumáticos puede iniciar, modificar y continuar el progreso de un síndrome biológico que depende de variables que tienen influencia bidireccional.

Cuando la conducta usual de la persona se modifica como consecuencia de experiencias estresantes, ésta se manifiesta como cambios en pensamientos, emociones y respuesta.

Estos cambios de conducta se pueden interpretar como indicio de que las funciones biológicas están alteradas en la persona que está sufriendo por el cambio repentino en su vida debido al efecto del desastre sobre su persona y el entorno familiar

En una crisis considerada como "normal", se presentan las siguientes fases.

Fases de reacción:

Las reacciones habituales ante el estrés suelen pasar por cuatro fases:

- aguda
- reacción
- reparación.

- reorientación.

Fase aguda.

La fase aguda se da pasados los primeros momentos, produciéndose estados afectivos intensos.

Las respuestas emocionales manifiestas pueden ser:

- angustia,
- ansiedad,
- ira,
- irritabilidad,
- hipervigilancia,
- manifestaciones vegetativas y
- sensación de irrealidad.

En ocasiones esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación de esfínteres, respuestas agresivas. Alteración en las relaciones interpersonales. Pueden producirse diferentes respuestas según sexos.

Fases de reacción.

Estas fases de reacción duran de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías como: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas, ánimo triste y lábil (inestable).

Las reacciones características son:

- temor a regresar al evento
- sueños o pesadillas
- ansiedad
- tensión muscular y
- aumento de la irritabilidad

Fase de reparación

Dura de uno a seis meses. Se diferencia en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro.

Fase de reorientación:

Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida, se produce la readaptación a su vida cotidiana y las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente. Es importante evaluar las necesidades actuales

Horowitz (citado por Sleikue 1988. Pag. 18) propone las siguientes reacciones de una persona ante una situación de crisis.

1.- El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.

2.- La negación conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.

3.- La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características de esta etapa.

4.- La transvaloración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y transvaloran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

5.- La terminación es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida de un individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

Antecedentes.

La intervención en crisis se remonta al trabajo elaborado por Eric Lindemann y colaboradores donde trabajaron con los familiares y los sobrevivientes del incendio registrado el 28 de noviembre de 1942.

Lindemann (1944) realizó un informe sobre los síntomas psicológicos que presentaban las víctimas del incendio. Dichos informes se refieren al mantenimiento de la salud mental y a la prevención de la desorganización emocional; este fue el inicio de las posteriores teorías sobre el proceso del duelo.

Lindemann (1964 en Gerald Caplan) elaboro una teoría de la crisis basada en la estructura del desarrollo de Erickson el cual seguiré que el cambio debido al desarrollo ocurre en ocho etapas distintas.

Cada etapa tiene un esquema fijo y es similar para toda la gente. Erickson (1963) argumenta que cada etapa presenta una crisis que el individuo debe de resolver, aunque ninguna crisis se resuelve del todo, lo que hace que la vida sea más complicada; el individuo debe al menos abordar la crisis de cada etapa de manera eficiente.

Caplan manifestó que si la crisis es tratada de manera incorrecta o su proceso conduce a una desorganización o enfermedad mental, entonces la prevención deberá contemplarse desde etapas del desarrollo en la infancia y juventud.

El enfoque de Caplan sobre la Intervención en crisis determina la importancia de la consulta con respecto a la salud mental, que promueva el desarrollo positivo y disminuya el riesgo del deterioro psicológico al identificar y diagnosticar la crisis. Así mismo resalta la importancia de que los profesionales de la salud mental, capaciten a principiantes comunitarios, profesores, enfermeras, clero, asesores y otros para ayudar a las personas a manejar esa desorganización ocasionada por una crisis.

Teniendo en cuenta lo anterior, debemos de tomar en cuenta que el Call Center es un medio de intervención vía telefónica, por eso es importante destacar que el antecedente más remoto de una intervención de esta índole se remonta al año 1906 cuando un grupo de sacerdotes en la Ciudad de Nueva York crean *New York National Save a Life League* (Slaikeu y Leff, 1988) para ayudar a personas con riesgo suicida.

Por otro lado en México, los antecedentes de apoyo psicológico vía telefónica, se remontan al año de 1967, en el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencia de Coyoacán que funcionó casi cinco años; la ayuda que brindaba era médica y psicológica a través del teléfono y en consulta. El servicio era gratuito y su difusión era mínima, sin embargo el servicio no estaba disponible las 24 horas y

fue suspendido cuando ocurrió el cambio de autoridades ya que lo consideraban obsoleto (Viveros, 1996).

Por otro lado, la Universidad Nacional Autónoma de México creó diversos programas para el apoyo de víctimas y sus familiares durante los sismos ocurridos en la ciudad de México en 1985. Uno de sus programas fue SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico, Consejo e Intervención en Crisis por Teléfono) en el que participaron estudiantes y profesores de la Facultad de Psicología UNAM. Fue entonces cuando surgieron distintos programas como *Locatel*, *Telsida*, *Planificatel*, *de Joven a Joven*, entre otros (Mancera, 2009).

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

TEMA 3: CÓMO INTERVENIR EN UNA CRISIS y ACTITUDES DESEADAS EN EL OPERADOR

Estrategias de Intervención

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

"Las estrategias de resignación son más fáciles de establecer cuando son desastres naturales o accidentes de tráfico, pero cuando es una acción humana es más grave, porque generan odio y rechazo y las terapias a aplicar son más complejas" (Echeburúa, E. 2004)

Slaikeu (1996) diferencia dos fases en el proceso de la Intervención en Crisis:

- intervención primeras horas primeros auxilios psicológicos.
- intervención aplicable en consulta, terapia para crisis.

Primeros Auxilios Psicológico

- son los duran minutos o, como mucho, horas.
- el objetivo es restablecer el enfrentamiento inmediato al evento

Esta es la primer ayuda psicológica que se lleva acabo con una persona en crisis, por un miembro de un equipo o por una persona de la comunidad para aliviar las

tensiones creadas por un suceso que amenaza la vida o la seguridad del individuo o del entorno; se brinda en la misma escena de los acontecimientos.

Se componen de intervenciones organizadas y guiadas por objetivos, para que empleen habilidades y técnicas válidas para este tipo de ayuda. Son intervenciones básicas, aunque no por ello menos importantes o potentes en los primeros momentos, que intervenciones más avanzadas. (Rodríguez, Zaccarelli, y Perez, 2006).

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

Las metas de los primeros auxilios son:

- otorgar apoyo
- reducir el peligro de muerte (por ejemplo en casos de maltrato infantil, violencia doméstica, suicidio, ideas auto líticas, deambulación peligrosa, agresiones).
- Enlazar a la persona con recursos de ayuda: informar sobre los distintos recursos, y remitir a orientación psicológica.

Existen diferentes propuestas de acción para presentar los primeros auxilios. Una de ella es la sugerida por Parada (2008) que cuenta con cinco puntos.

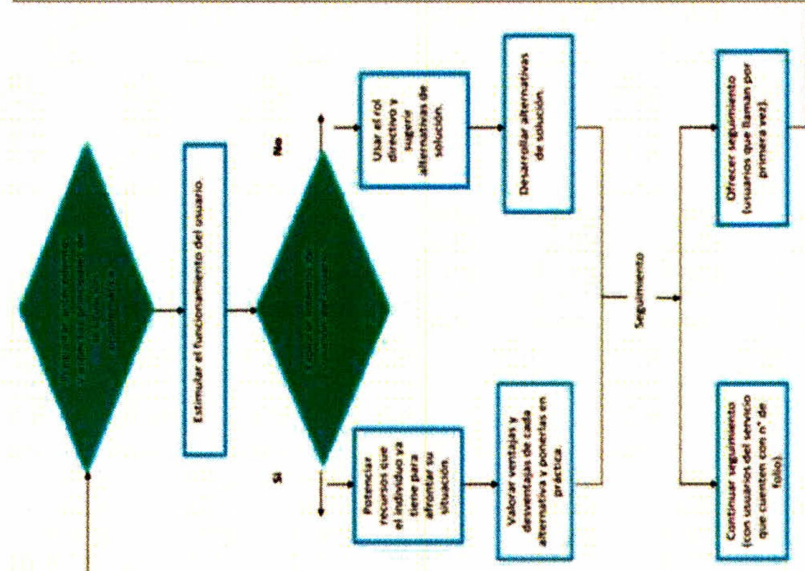
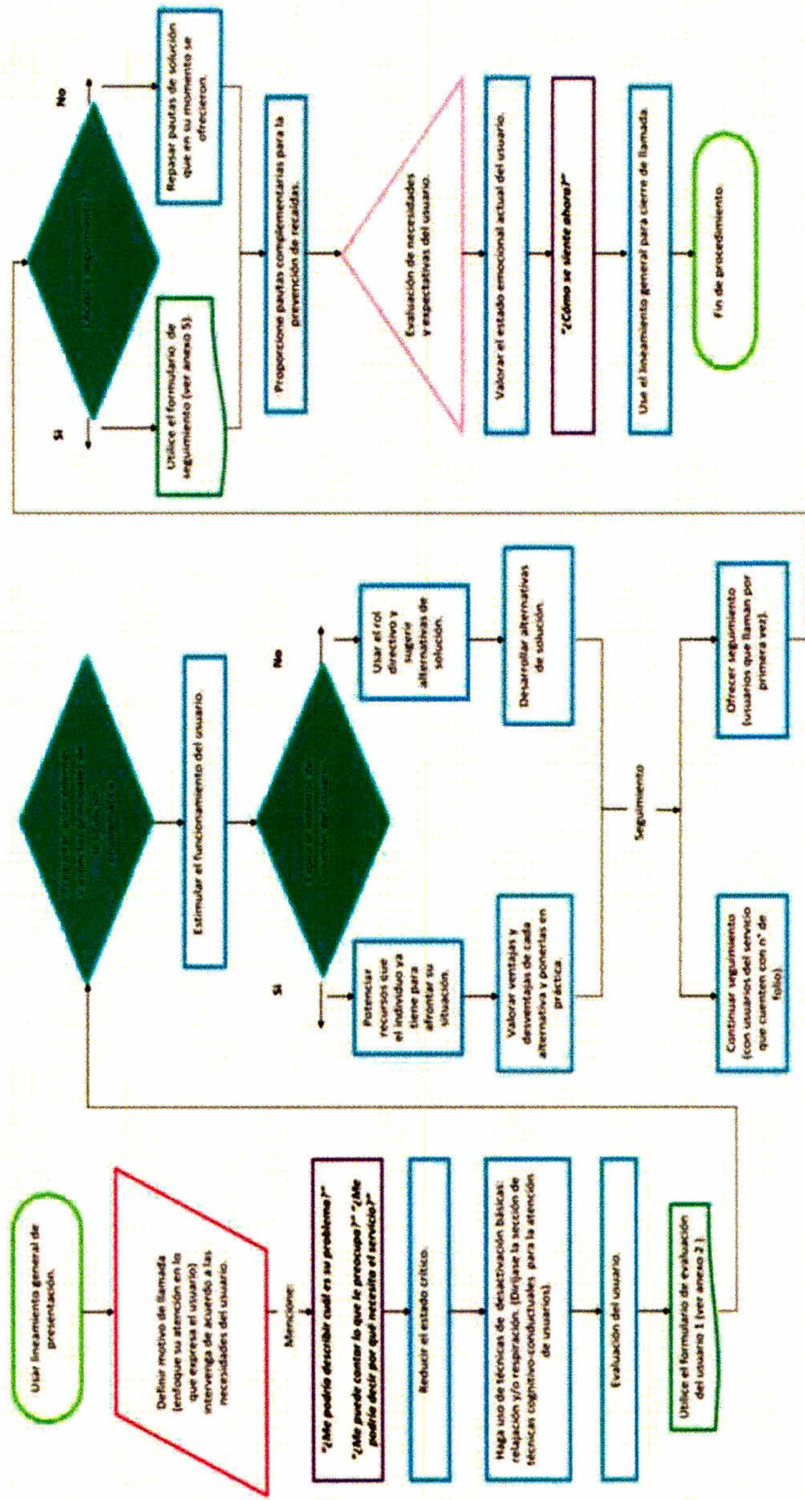
- 1. Identificación clara de la condición del personal de ayuda:** Se establece contacto con la persona como proveedores de primeros auxilios psicológicos.

- 2. Protección y provisión de seguridad a la persona:** Disminuir el factor estresante.

- 3. Conocimiento y aceptación de la vivencia de la crisis:** Escuchar las necesidades y molestias de la persona, así como facilitar la expresión verbal y el relato de acontecimientos, permitir que la persona hable del incidente, de cómo lo ha vivido, lo cual permitirá que la persona canalice las reacciones, evitará que la desorganización conductual prolongada y podrá resignificar los síntomas y reacciones experimentadas.

- 4. Afrontamiento de su reacción y las necesidades inmediatas:** Aquí se puede facilitar e incitar a la persona al afrontamiento del estrés que esté sufriendo. Motivar y ayudar a la cobertura y abordaje de las necesidades básicas e inmediatas.

- 5. Restauración de capacidades básicas:** Promover comportamientos funcionales básicos para el afrontamiento del futuro inmediato, es decir, de las horas siguientes. El agente prestador de ayuda debe identificar si la persona en crisis no es capaz de desenvolverse por sí misma, en tal caso debe enlazarlo con algún medio como familia, amigos, centros especializados, policía, etc. que se ocupen de ella.



8.2.3.2. Terapia para Crisis

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre al rumbo de la vida.

Esta intervención puede durar semanas o meses, y su objetivo es la resolución de la crisis:

- valorar el incidente de crisis
- integrar el incidente en la trama de la vida
- establecer la apertura/disposición para encarar el futuro.

Si bien es cierto, que la meta básica de la intervención en crisis es ayudar a los individuos a manejar el periodo de transición del suceso estresante, es importante señalar que el reforzar la autoimagen, estimular la autoconfianza, e inculcar en el afectado esperanza y expectativas, son principios básicos de los modelos de intervención en crisis; además el profesional debe mostrar siempre un enfoque de resolución de problemas promoviendo la expresión creativa y el establecimiento de vínculos con otras personas que lo escucharán y entenderán. (Lazarus, 1993)

El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro sin importar la crisis que se presente.

Tal y como se ha comentado la terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente y que puede tomar de una a seis semanas, según los trabajos de Caplan, (1964).

Este tipo de intervención tradicionalmente se la ha llamado de diversas formas:

- apoyo psicológico.
- intervención en Crisis.
- terapia de Crisis.
- terapia Breve de urgencia con tiempo limitado.

Con variaciones según el modelo que se aborde, en general se define como:

"Conjunto de situaciones inmediatas encaminadas a paliar el sufrimiento psicológico de los afectados por una situación crítica o traumática mediante el empleo de sus propios recursos".

De todos estos términos, los más adecuados son Apoyo Psicológico o Intervención en Crisis, ya que ambos términos aluden a una situación temporal y concreta que es resuelta por la propia persona con el soporte, apoyo o dirección de un profesional de la psicología.

En cambio los otros términos puedan afirmar la idea de enfermedad (terapia) y por tanto de "víctima" de una situación a la que como mínimo considera injusta, aunque solo sea por el malestar que le provoca, y se reafirme la sensación de que la persona requeriría ser tratada como un enfermo, afianzando su rol de persona indefensa y desvalida.

Así que, el concepto "apoyo" contribuye al objetivo primordial de la intervención en crisis: *que es apoyar a la persona en la recuperación de su nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, fomentando las capacidades de resistencia y enfrentamiento a las vicisitudes de la vida.*

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

- *determinar el problema o acontecimiento detonante de la crisis*
- *restablecer el equilibrio pre-crítico en la persona*
- *disminuir el malestar presente*
- *restituir la capacidad de auto-control*
- *dotar al individuo de recursos personales idóneos para afrontar por sí mismos futuras crisis.*
- *prevenir las recaídas*
- *manejo de los estados de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del individuo*
- *establecer patrones de conducta que permitan al paciente restablecer su equilibrio o nivel de funcionamiento previo al evento.*
- *dotar al individuo de estrategias para que esta pueda llevar a cabo acciones inmediatas tanto personales como comunitarias.*
- *fortalecer los intentos de afrontamiento e integración.*

La terapia para crisis por Slaikeu (1996) fundamentada en gran parte en el modelo de Lazarus (1976) ha sido una de las más utilizadas ya que hace una valoración del suceso de crisis en cada una de las cinco modalidades del funcionamiento conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo (CASIC) del individuo así facilitando la comprensión de la crisis. Y la planificación terapéutica apropiada (ver Tabla 2).

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

Modelos	Variables
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades manifiestas como patrones de trabajo, juegos, ocio. • Ejercicios, dieta. • Hábitos de la conducta sexual, sueño. • Uso de drogas y tabaco. • Aparatos, transporte y otros aparatos. • Hábitos, rutinas para mantener el estilo.
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de sentimientos como ansiedad, culpa, fatiga, depresión etc. • Intención de la existencia de sentimientos y consecuencias de estos sentimientos.
Sentido	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias, ideas propias. • Atención y presencia de los colores de colores, trastornos crónicos, y dolores crónicos. • Estado general de relajamiento, tamaño, sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído.
Intrapersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta información sobre la naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, colegas y compañeros de trabajo, hábitos, interacciones y dificultades. • Número de amigos, frecuencia del contacto con amigos y con descendencia. • Papel activo o pasivo con los compañeros, amigos etc. • Modo de conducta de conductas positivas, negativas e interactivas, modo intrapersonal activo (dominante, activo, manipulador, explotador, sano y cooperativo).
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • La construcción de los procesos mentales se da a través de la movilidad cognoscitiva que incluye imágenes y descripciones mentales en cuanto a medio, en la vida, recuerdos del pasado y actividades para el futuro, sueño de día y noche. • Pasaje de una atención a eventos, actividades, sobregeneralización, delirio, ansiedad, depresión, trastornos, autoconciencia, visión personal, salud personal, conductas hacia la vida.

ACTITUDES DEL QUE INTERVIENE.

Hay dos posturas del que interviene: la facilitadora o la directiva.

La postura directiva: sólo es recomendable cuando haya peligro de alta mortalidad, ya sea para la persona en crisis o alguien más. Y cuando la persona no es capaz de cuidar de sí misma por encontrarse muy perturbada emocionalmente.

Implica marcar más directrices, y hasta tomar parte en la acción. De ser posible se debe involucrar a otras personas cercanas a quien padece la crisis. Se tiene que tomar en cuenta el aspecto legal y el ético por las implicaciones que se dan.

La postura facilitadora: Es cuando la persona puede hacer las cosas por sí misma,

La diferencia se refiere únicamente a las acciones que deben realizarse, considerando la seguridad integral de la persona en crisis.

La postura profesional sugerida está alejada de toda actitud soberbia. Evitar que lo consideren (al que ayuda) como un "ser superior", "poseedor" de la razón y de la verdad, que da por entendido lo que no ha escuchado porque "ya lo sabe" (interpreta).

Esta persona tiene la necesidad de que el otro lo crea inteligente, enterado de todo y hasta adivinador, de que lo admire y reconozca y lo vea como "gurú". Que cree individualmente que tiene la solución a los problemas de las personas y el perfecto manejo de las crisis. Porque considera que su crecimiento es superior al de los demás.

Para intentar acompañar a otro "ser doliente" (Frankl, S/F) en el proceso de resolución de su crisis se necesitan actitudes especiales como:

- **congruencia.**
- **empatía.**
- **interés positivo.**
- **respeto.**
- **autenticidad.**
- **especificidad.**
- **confrontación.**
- **impacto de personalidad.**
- **auto-revelación.**
- **relación al momento.**
- **auto-realización.**
- **auto-trascendencia.**

Procedimiento de intervención

En toda situación de crisis, aparecen tres áreas como fundamentales en el proceso de recuperación y adaptación (Cohen, R.E. 2008)

- **Factores estresantes y reacción de estrés.**
 - **Afectan la conducta dependiendo del tipo de evento traumático, la percepción y significado para su supervivencia, más las consecuencias de cambio en su entorno.**
- **Estilos de conducta de afrontamiento:**
 - **Capacidad del individuo para afrontar los cambios personales producidos por el desastre y el de su entorno, de manera apropiada y saludable**

- **Sistemas de conducta y apoyo social.**
 - Ayuda y redes de soporte que apoyan de manera específica, apropiada y eficiente al sobreviviente.

Intervención conveniente

Lo primero que debemos de tomar en cuenta al inicio de una intervención en crisis es si es lo apropiado, según las circunstancias que tenga el paciente de la situación o del problema, ya que puede que no sea oportuna una intervención psicológica en ese momento. Y siempre se deberán de valorar diversos factores, tales como las circunstancias.

- del paciente: toma de medicación o alguna situación física, edad, aspectos culturales, actitud, etc.
- de la situación: que no permita una correcta relación terapéutica como el idioma, el contexto, la aceptación por parte del paciente, etc.
- del problema como si es en una crisis accidental o evolutiva, si se adapta el problema a la intervención, etc.

Evaluación y formulación de una hipótesis.

En el momento de evaluar debemos de intentar lograr

- captar su atención
- ganar su confianza (tono, actitud, proximidad física, comprensión, aceptación, etc.)
- mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada.

- conseguir la mayor información posible.
- observar la respuesta emocional.
- no alarmar.

Para la evaluación debemos usar una entrevista abierta (diálogo socrático), en donde la persona irá relatando los acontecimientos, comenzando desde poco antes de que ocurriera el suceso (que día fue, que estaba haciendo, etc.).

La valoración debe abarcar tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional.

En resumen el procedimiento para resolver una crisis

Técnicas de manejo de estrés:

La respiración diafragmática-

Es la respiración que se centra en la expansión y contracción del diafragma, más que en la elevación de los hombros y el pecho para respirar profundamente. Para conseguir respirar con el diafragma, hay que seguir estos pasos:

Primero coloque las manos sobre el abdomen e inspire profundamente. Debería sentir cómo se desplaza el diafragma, permitiendo la expansión de la caja torácica. Los hombros y el pecho no deberían moverse.

Segundo exhale despacio y sienta cómo el diafragma vuelve a su sitio. Inspire profundamente de nuevo y concéntrese en la respiración sin utilizar los

hombros y el pecho, e intente que la respiración sea pausada y controlada. Exhale, prestando atención a los mismos factores.
(se pueden variar los tiempos entre las respiraciones)

Técnica de Tensión – distensión

Busque su cama o una silla muy cómoda, si puede haga la relajación sin almohada o utilice una muy pequeña evitando as la altura desproporcionada de la cabeza en relación al cuerpo, cierre los ojos tome una inhalación profunda de aire muy despacio y suéltelo de igual manera, muy despacio. Repita esta acción tres veces con un intervalo de 4 segundos, recuerde puede contar mentalmente (1 más 1, 2 más 1, 3 más 1, 4...)

1. Manos - Apriete los puños con fuerza generando tensión (por 4 segundos) concéntrese en la tensión y luego abra las manos y se relaja. Repetir la acción.

A continuación, los dedos se extienden completamente para crear tensión (por 4 segundos) concéntrese en la tensión y suelte para relajarse, si esta acostado puede dejar reposar las manos con las palmas sobre la cama, si está sentado sobre sus muslos o las rodillas. Repetir la acción

2. Bíceps y tríceps – Flexione el codo y guíe la mano empuñada y apretada hacia el hombro para tensar los bíceps y tríceps (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, dejar caer el brazo con la palma de la mano abierta sobre la cama o los muslos si está sentado. Repetir la acción.

3. Hombros - Tire solo los hombros hacia arriba sin despegar los codos del cuerpo, como si buscara tocar los oídos con ellos (por 4 segundos) concéntrese en la tensión de los músculos y luego relajarlos. Repetir la acción.

A continuación, empujar solo los hombros hacia delante como si quisiera unirlos frente a su pecho (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese.

4. Cuello (lateral) - Mantenga los hombros en una posición neutral y relajada, la cabeza se gira lentamente hacia la derecha, (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relajarse. A continuación, gire a la izquierda (por 4 segundos) concéntrese en la tensión y relájese. Repetir la acción.

5. Cuello (hacia adelante) - Presione hacia abajo la barbilla inclinando la cabeza buscando tocar el pecho con la misma (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese.

Si está acostado empuje la cabeza como si la fuese a enterrar en la cama (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. Si está sentado omita este paso

6. Boca - Abra la boca lo más amplio posible para crear tensión (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego ciérrela y relájese. A continuación, los labios son apretados firmemente y estirados como si buscara hacer un pico (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese.

7. Ojos y frente – Extienda las cejas lo más ampliamente posible sin abrir los ojos (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. Frunza las cejas y cierre los ojos con fuerza para tensar (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese.

8. Glúteos - júntelos glúteos con mucha fuerza y levantar la pelvis ligeramente (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. Si está sentado no despegue los pies del piso

9. Cuádriceps - Extienda completamente las dos piernas y elevarlas por encima del suelo para tensar los músculos (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. A continuación, ponga los pies (talones) en el suelo si está sentado o haga de cuenta que los quiere enterrar en el colchón si esta acostado (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese.

10. Abdominal – Contraiga el estómago como permitiendo que salgan las costillas tanto como sea posible para crear tensión (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. A continuación, expanda y temple el estómago para crear tensión (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese.

11. Pantorillas y pies – Extienda las piernas, flexione los gemelos llevando los pies hacia adelante y con fuerza (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. A continuación flexione los gemelos llevando los pies hacia atrás y con fuerza (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. Si está sentado los movimientos de los pies son hacia arriba y luego hacia abajo

12. Dedos de los pies - Extienda las piernas y los dedos del pie hacia afuera como si señalara hacia el horizonte para crear tensión (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese. A continuación, doblar los dedos hacia arriba tanto como sea posible para crear tensión (por 4 segundos) concéntrese en la tensión, y luego relájese.

TEMA 4: Finalización de la llamada.

La manera de finalizar de la llamada, debe de ser cordial recordándole al usuario si es el caso, de su seguimiento el día y la hora se su siguiente sesión.

El usuario siempre debe hablar bajo un marco de respeto y responsabilidad, aclarando todas las dudas salientes al final de la sesión para que finalice con éxito la llamada.

Tema 5:

Se verá en una muestra práctica lo aprendido en la capacitación, esta será supervisada y/o monitoreada en todo momento por el capacitador.

REFERENCIAS

1. Alvarado & Carrizosa. (2014). *Manual de Procedimientos utilizados en el Call Center UNAM*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM, México.
2. BENVENISTE AD.; "Intervención en crisis después de grandes desastres. "Trópicos. Revista de Psicoanálisis. 2000; 1(1): 137-48
3. Brito, Cabtree L. R. (2000). Aplicación de la Logoterapia en la intervención en crisis. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 3, 46-56.
4. CAPLAN, GERALD. " Principles of Preventive Psychiatry". Publisher: Basic Books. New York. (1964). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós (1978)
5. Comejo, S.M.C. (2011) *Guía En Intervención en Crisis Telefónica SIAC-ONEMI. Unidad de Programas*. Chile. Recuperado de <http://www.onemi.cl>. 2 de Marzo 2015.
6. DGAE. (2009). *Estatuto General de la Universidad Nacional Autónoma de México*. 2 de Marzo de 2015, de UNAM Sitio web: <https://www.dgae.unam.mx/normativ/legislacion/egunam.html>
7. ECHEBURÚA, E: "Superar un trauma". Madrid: Piràmide. (2004)
8. Erickson, E.H. (1963). *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton.
9. Fernández L.A. & Rodríguez, V.B. (2002) *Intervención en Crisis*. España. Síntesis.

10. HOROWITZ, M.J (2001). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
11. Lazarus, A. A, (1983) *Terapia multimodal*. IPPEM,
12. Lindemann, E. (1944) *Symptomology and management of acute grief*. American Journal of Psychiatric, 101, 141-148.
13. Mancera, G.N.V. (2009) *Propuesta de un Manual de Terapia cognitiva dirigida a Usuarios de SAPTEL que presentan sintomatología depresiva*. (Tesis Inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología UNAM, México.
14. Martín, L & Muñoz, M. (2009) *Primeros Auxilios psicológicos*. España: Síntesis.
15. Parada, T.E. (2008) *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. España. Descleé de Brouwer. S.A.
16. Pérez, P. L. L. (2011), *Procedimiento para servicio de intervención en crisis por línea telefónica*. Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve. Recuperado de: <http://visita.jalisco.gob.mx> , el 1 de Marzo de 2015.
17. Pichardo Galán. (2009). *Comunicación: Etapas y componentes paralingüísticos*. Comunicación aplicada (350). México: INTERCOM.
18. Pocasangre, C.M., González, S. & Islas, S.M. (2001) *Manual de Intervención en Crisis en situaciones de desastre*. Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental ACISAM. De www.psicosocial.net . 28 de Marzo de 2015.
19. Rodríguez J., Zaccarelli D.M. & Pérez R. (Eds.) (2006) *Guía Práctica de Salud mental en situaciones de desastre. Serie de manuales y guías sobre*

desastres No. 7 Washington: OMS. Recuperado de:
<http://www.saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com> el 20 de Marzo
de 2015

20. Rubin, B. & Bloch, E. L. (2001) *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
21. Slaikeu K.A. (1989) *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México D.F.
22. Slaikeu, K.A. (1996) *Intervención en Crisis*. (2da edición), México, Manual Moderno.
23. SWANSON, W.C. & CARBON, J.B.: "Crisis Intervention: Theory and technique". Taskforce report of the American Psychiatric Association: Treatments of psychiatric disorders. Washington, D.C. APA Press, (1989).
24. UNAM. (2013). *Misión y Visión*. 2 de Marzo de 2015, de Programa de Maestría y Doctorado Sitio web:
http://psicologia.posgrado.unam.mx/?page_id=1463
25. Vázquez, F.J.M., Lobyá, J.M., & Araujo, L.I. (2005). *Problemas de conducta y resolución de conflictos Pautas de actuación*. España: Ideas Propias
26. Viveros, G. (1996) *El examen mental a Través del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM, México.

9. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.

Una de las recomendaciones más importantes que se pueden hacer es que estas capacitaciones sean al menos una cada mes ya que nunca se estará preparado ante estas emergencias, un ejemplo claro es que al ser un servicio social, constantemente tiene movimiento de gente o de personal, éste en todo momento debe de estar capacitado para lo que pueda pasar.

Y una sugerencia importante que se le puede hacer a todos los miembros nuevos y también a los que ya tienen cierto tiempo de antigüedad en el Call Center es que si en algún momento les toca un tipo de llamada de esta índole o de alguna que no se sientan seguros de manejar en su totalidad, pídanle apoyo a los demás miembros ya que son un equipo y siempre será así, ellos siempre estarán dispuestos a apoyarles y orientarles ante esta situación.

10. REFERENCIAS

27. Alvarado & Carrizosa. (2014). *Manual de Procedimientos utilizados en el Call Center UNAM*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM, México.
28. BENVENISTE AD.; "Intervención en crisis después de grandes desastres. "Trópicos. Revista de Psicoanálisis. 2000; 1(1): 137-48
29. Brito, Cabtree L. R. (2000). Aplicación de la Logoterapia en la intervención en crisis. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 3, 46-56.
30. CAPLAN, GERALD. " Principles of Preventive Psychiatry". Publisher: Basic Books. New York. (1964). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós (1978)
31. Comejo, S.M.C. (2011) *Guía En Intervención en Crisis Telefónica SIAC-ONEMI. Unidad de Programas*. Chile. Recuperado de <http://www.onemi.cl>. 2 de Marzo 2015.
32. DGAE. (2009). *Estatuto General de la Universidad Nacional Autónoma de México*. 2 de Marzo de 2015, de UNAM Sitio web: <https://www.dgae.unam.mx/normativ/legislacion/egunam.html>
33. ECHEBURÚA, E: "Superar un trauma". Madrid: Piràmide. (2004)
34. Erickson, E.H. (1963). *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton.
35. Fernández L.A. & Rodríguez, V.B. (2002) *Intervención en Crisis*. España, Síntesis.

36. HOROWITZ, M.J (2001). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
37. Lazarus, A. A, (1983) *Terapia multimodal*. IPPEM,
38. Lindemann, E. (1944) *Symptomology and management of acute grief*. American Journal of Psychiatric, 101, 141-148.
39. Mancera, G.N.V. (2009) *Propuesta de un Manual de Terapia cognitiva dirigida a Usuarios de SAPTEL que presentan sintomatología depresiva*. (Tesis Inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología UNAM, México.
40. Martín, L & Muñoz, M. (2009) *Primeros Auxilios psicológicos*. España: Síntesis.
41. Parada, T.E. (2008) *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. España. Descleé de Brouwer. S.A.
42. Pérez, P. L. L. (2011), *Procedimiento para servicio de intervención en crisis por línea telefónica*. Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve. Recuperado de: <http://visita.jalisco.gob.mx> , el 1 de Marzo de 2015.
43. Pichardo Galán. (2009). *Comunicación: Etapas y componentes paralingüísticos*. Comunicación aplicada (350). México: INTERCOM.
44. Pocasangre, C.M., González, S. & Islas, S.M. (2001) *Manual de Intervención en Crisis en situaciones de desastre*. Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental ACISAM. De www.psicosocial.net . 28 de Marzo de 2015.
45. Rodríguez J., Zaccarelli D.M. & Pérez R. (Eds.) (2006) *Guía Práctica de Salud mental en situaciones de desastre. Serie de manuales y guías sobre*

desastres No. 7 Washington: OMS. Recuperado de:
<http://www.saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com> el 20 de Marzo
de 2015

46. Rubin, B. & Bloch, E. L. (2001) *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
47. Slaikou K.A. (1989) *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México D.F.
48. Slaikou, K.A. (1996) *Intervención en Crisis*. (2da edición), México, Manual Moderno.
49. SWANSON, W.C. & CARBON, J.B.: "Crisis Intervention: Theory and technique". Taskforce report of the American Psychiatric Association: Treatments of psychiatric disorders. Washington, D.C. APA Press, (1989).
50. UNAM. (2013). *Misión y Visión*. 2 de Marzo de 2015, de Programa de Maestría y Doctorado Sitio web:
http://psicologia.posgrado.unam.mx/?page_id=1463
51. Vázquez, F.J.M., Lobyá, J.M., & Araujo, L.I. (2005). *Problemas de conducta y resolución de conflictos Pautas de actuación*. España: Ideas Propias
52. Viveros, G. (1996) *El examen mental a Través del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM, México.