



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

**Sistema Universidad Abierta**

ATENCIÓN VÍA TELEFÓNICA PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE  
VIOLENCIA. DESDE EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS CON  
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

**TESIS DOCUMENTAL**

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

PRESENTA:

JESSICA CONSUELO TOVAR

DIRECTORA: MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA

REVISORA: DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. OCTUBRE 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.**

Quiero agradecer a **Dios** por nunca soltarme de su mano y bendecirme todos los días por poner en mi camino a las personas correctas que me apoyaron a concluir este proyecto.

Quiero agradecer a mi **mamá** por apoyarme siempre y ser mi amiga incondicional, a mi **papá** por alentarme todos los días a cumplir mis sueños, por motivarme desde pequeña a estudiar y criarme con buenos valores, les agradezco enormemente el apoyo emocional y económico que me han brindado. También a mi hermano **José Luis** que lo quiero mucho y que me ha apoyado demasiado cuando más lo necesitaba.

Les dedico con mucho amor esta tesis a mi hijo **Yoel Alexander** porque me ha dado muchas lecciones de vida y a mi hija **Melissa** por ser tan única y especial con una gran inteligencia emocional que hace que reflexione y me cuestione todos los días.

Este sueño no se hubiera cumplido sin el apoyo incondicional de mi querida **Mtra. Ingrid**, muchas gracias Mtra. por apoyarme en todo momento, por orientarme, resolver mis dudas y estar al pendiente de mí, muchas gracias **Dra. Chapa** por apoyarme con sus conocimientos sobre perspectiva de género, también quiero agradecer a mis sinodales a la **Mtra. Conchita**, al **Dr. Roberto**

y la **Dra. Joya** por sus sabios conocimientos y a mi querido **Profe Jorge** quien partió antes de concluir este proyecto.

Gracias por todo mi querida **Universidad Nacional Autónoma de México** porque gracias a ti tuve el gusto de conocer a muchas personas, que hoy forman parte de mi vida.

**Hoy en día soy quien soy gracias al feminismo de no haberlo encontrado  
mi vida tornaría de una manera diferente.**

**NO NOS ACUSEN DE VIOLENTAS**

**ESTO ES AUTODEFENSA**

**ESTAMOS EN**

**RESISTENCIA**

**YA NO SOMOS**

**INDEFENSAS**

*Rebeca Lane*

**¡La psicología será feminista o no será!**

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>Capítulo 1. La violencia contra las mujeres.</b> .....	3
<b>1.1 Definición</b> .....	3
<b>1.2 Tipos de Violencia y modalidades homologadas en las leyes.</b> .....	7
<b>1.2.1 Violencia psicológica</b> .....	7
<b>1.2.2 Violencia física</b> .....	9
<b>1.2.3 Violencia sexual</b> .....	10
<b>1.2.4 Violencia económica</b> .....	11
<b>1.2.5 Modalidades de la Violencia</b> .....	12
<b>1.3 Factores de riesgo</b> .....	15
<b>1.4 Contexto de la Violencia contra las mujeres en México</b> .....	17
<b>1.4.1 Estudios basados en la estadística poblacional.</b> .....	18
<b>1.5 Consecuencias</b> .....	25
<b>1.6 Perspectivas teóricas de la violencia contra las mujeres.</b> .....	28
<b>1.6.1 Perspectiva desde la psicobiología</b> .....	30
<b>1.6.2 Las dimensiones de personalidad o los rasgos característicos de los individuos.</b> .....	31
<b>1.6.3 El aprendizaje social de las conductas de agresión y de violencia.</b> .....	32
<b>1.6.4 Perspectiva de género</b> .....	33
<b>1.6.4.1 Ciclo de la violencia</b> .....	35
<b>1.6.4.2 Intervención</b> .....	37
<b>Capítulo 2. La Atención Psicológica vía telefónica en México</b> .....	41
<b>2.1 Antecedentes en México</b> .....	42
<b>2.2 Antecedentes del Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM</b> ...	47
<b>2.3 Intervención en crisis</b> .....	48
<b>2.3.1 Definición de crisis</b> .....	49
<b>2.3.2 Tipos de crisis</b> .....	51

2.3.4 Respuesta ante la crisis .....	52
2.4 Intervención de primera instancia: Primeros auxilios psicológicos .....	53
2.5 Intervención de Segunda Instancia: Terapia para crisis.....	58
2.6 Investigaciones sobre la atención psicológica vía telefónica.....	63
2.6.1 Intervención Psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid.....	63
2.6.2 Intervención en crisis: contratransferencia en Psicoterapeutas Call Center UNAM .....	64
2.6.3 Estilos de afrontamiento y respuestas emocionales, cognitivas y conductuales en víctimas de infidelidad: aplicación de una intervención en crisis vía telefónica en los usuarios del Call Center UNAM.....	65
2.6.4 Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.....	66
2.6.5 Primera experiencia de atención psicológica en un hospital único de pacientes con COVID .....	68
2.6.6 Experiencia del servicio de consejería telefónica a personas con afectaciones psicológicas asociadas al aislamiento social. ....	69
2.6.7 Diseño de una Brigada de Atención Psicoemocional a distancia durante la Pandemia por Covid-19.....	71
Capítulo 3. Terapia cognitivo- conductual. ....	76
3.1 Definición.....	76
3.2 Características .....	77
3.3 Terapia de Primera Generación .....	78
3.3.1 Desarrollo histórico .....	79
3.3.2 Técnicas de la Terapia Conductual .....	82
3.3.2.9 Técnicas de autoinstrucción.....	88
3.4 Terapia de Segunda Generación .....	88
3.4.1 Desarrollo histórico .....	88
3.4.2 Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual .....	91
3.5 Terapia de Tercera Generación.....	107
3.5.1 Desarrollo histórico .....	108
3.5.2 Técnicas de la Terapia de Tercera Generación .....	108
3.5.2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso.....	109
3.5.2.2 Psicoterapia Analítica Funcional.....	111
3.5.2.3 Terapia de Conducta Dialéctica.....	113
3.5.2.4 Terapia de Activación Conductual .....	115

<b>3.5.2.5 Mindfulness</b> .....	116
<b>3.5.2.6 Terapia Integral Conductual de Pareja</b> .....	118
<b>3.6 Otras técnicas de Intervención</b> .....	119
<b>3.6.1 Psicoeducación</b> .....	119
<b>3.6.2 Biblioterapia</b> .....	121
<b>3.6.3 Técnicas de relajación</b> .....	122
<b>3.6.3.1 Relajación Progresiva</b> .....	122
<b>3.6.3.2 Respiración diafragmática</b> .....	123
<b>3.6.3.3 Imaginería guiada</b> .....	124
<b>3.6.4 Análisis funcional de la conducta</b> .....	124
<b>Capítulo 4. Sugerencias de abordaje desde la perspectiva de género para la atención psicológica vía telefónica con enfoque cognitivo conductual para mujeres que viven violencia</b> .....	125
<b>Conclusiones</b> .....	152
<b>Referencias</b> .....	156
<b>ANEXOS</b> .....	166

## RESUMEN

El presente documento destaca la importancia de implementar sugerencias de abordaje desde la perspectiva de género para los, les y las profesionales de la psicología, para la atención vía telefónica a mujeres en situación de violencia. Enfatiza la importancia de la especialización de psicólogos en Intervención en crisis para hacer frente a una gran problemática social como es la violencia contra las mujeres, por lo que se realiza una investigación documental del origen de la Violencia, cifras estadísticas de la Violencia contra las mujeres, investigación teórica de Intervención en crisis y enfoque Cognitivo Conductual e Investigaciones de Intervención en crisis vía telefónica y enfoque Cognitivo Conductual, algunas de las técnicas que se sugieren son las técnicas de relajación, técnica de solución de problemas, reestructuración cognitiva, terapia de activación conductual entre otras, en conclusión las sugerencias de abordaje son una propuesta de mejora de atención a los casos de Violencia contra las mujeres.

**Palabras clave:** Intervención en crisis, Atención vía telefónica, Cognitivo Conductual, Violencia contra las mujeres.



## INTRODUCCIÓN

La finalidad de la presente investigación destaca uno de los problemas de Salud Pública y de Desigualdad que aquejan a nuestra sociedad actual “La violencia contra las mujeres”, está no sólo afecta a las mujeres sino también a todos los que las rodean. Las consecuencias de la violencia tienen efectos de corto y mediano plazo que ponen en riesgo la vida de las mujeres entre ellas el feminicidio. La violencia contra las mujeres es un problema social ya que afecta negativamente los valores sociales.

Para apuntalar lo descrito anteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) menciona que la violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. La violencia puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres.

Existen diversas teorías que explican el fenómeno de la violencia, sin embargo, este documento se centrará en la introducción de la perspectiva de género, para la atención psicológica a mujeres que viven violencia, a manera de síntesis podemos definir está como todo acto intencional de poder que trasciende la salud pública, para comprender mejor este fenómeno basta con mirar años atrás y observar los años de violencia patriarcal donde nuestra cultura ha legitimado está violencia.

Todo esto sustentado en mitos que culpan a las mujeres de la violencia ejercida contra ellas, algunas de las consecuencias que aquejan a nuestra sociedad es el malestar, indignación y una normalización en los espacios donde ocurre.

En esta investigación también se encontrarán datos estadísticos sobre el panorama de la Violencia contra las mujeres en México, así como investigaciones de la Atención Psicológica a Distancia y finalmente técnicas y estrategias del enfoque Cognitivo Conductual.

Durante mi estancia en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM perteneciente a la Facultad de Psicología UNAM, la cual brinda atención psicológica vía telefónica al público en general, encargada de intervenir en situaciones de crisis, observé una de las problemáticas con mayor demanda, la atención a mujeres víctimas de violencia, en ese momento se carecía de un protocolo exclusivo para atender casos de Violencia contra las mujeres.

Por lo tanto, a través de la Integración de la perspectiva de género se plantearán, sugerencias para la atención psicológica a mujeres que viven violencia, la propuesta tiene como objetivo brindar herramientas para que las/os profesionales de la psicología puedan abordar de una forma más práctica y sencilla.

## **Capítulo 1. La violencia contra las mujeres.**

Diversas teorías explican el fenómeno de la violencia, la finalidad de este capítulo es explicar los distintos abordajes teóricos relevantes en la actualidad, como parte de la investigación se explicará la violencia contra las mujeres desde el pensamiento feminista haciendo uso de la herramienta de la perspectiva de género, al igual que los tipos de violencia, modalidades homologadas por las leyes, factores de riesgo y el contexto de la violencia contra las mujeres en México.

### **1.1 Definición**

El concepto violencia, proviene del latín *vis* (fuerza ataque), este es un concepto polisémico y multidimensional en términos contemporáneos y significa sujeción, subordinación, dominación, imposición, arbitrariedad, fragmentación, autoritarismo, fuerza, desgarró, desmemoria, olvido hacia lo colectivo, discriminación y prejuicio entre otras posibles definiciones. El concepto de violencia más antiguo que hemos encontrado está en la Biblia después reaparece en el mundo romano, por tanto, podemos aventurarnos a decir que este concepto es una construcción social del mundo occidental” (Rossemberg, 1999, p. 22, citado en Rosemberg,2011, p.64)

La violencia ha sido definida como un acto intencional del poder y la fuerza con un fin predeterminado, por el cual una o más personas producen daños físicos, mentales o sexuales, los cuales lesionan la libertad de movimiento o causan la muerte de personas, a veces incluyéndose ellas mismas; estos actos violentos suceden en el hogar, en lo público o en el grupo. (Concha Eastman, 2002, p. 4 citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010).

La OMS (2020) define la violencia como “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”. (Citado en Amaya, 2021, p. 16).

“En las sociedades modernas los individuos luchan por vivir con sentido e imprimirlo en el mundo. Sin embargo, desde una perspectiva de género el concepto de humanidad encubre ideológicamente la dominación al convertir al hombre, a los hombres y a lo masculino, en el contenido de lo humano. Al subsumir la especificidad humana de las mujeres en particular humanidad de los hombres y al mismo tiempo pretender que el hombre es el sujeto de la historia y el espacio simbólico e identitario de todas y todos al homologar a la humanidad con el hombre (un sujeto patriarcal, genérico clasista, étnico, religioso, etario y político) se enuncia una humanidad de manera excluyente de manera múltiple” (Lagarde, 2002, p. 219 citado en Gutiérrez Castañeda, 2002).

En resumen, y de acuerdo con los párrafos anteriores, se puede entender el concepto de la violencia hacia las mujeres como un acto de dominación hacia ellas y al varón se ve como un sujeto patriarcal, el cual tiene el poder primario y predominan sus roles de autoridad moral y privilegios sociales al igual que el control de la propiedad, el cual tiene como resultado un daño físico, psicológico y sexual para las mujeres. Considerando la página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la violencia contra la mujer se define como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Por otra parte, la página web de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2022) refiere lo siguiente: la violencia contra las mujeres y las niñas se

define como todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o mental para la

mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La violencia contra las mujeres y niñas abarca, con carácter no limitativo, la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia o de la comunidad, así como la perpetrada o tolerada por el Estado.

Las diversas formas de violencia contra la mujer se manifiestan en un continuo de formas múltiples, interrelacionadas y a veces recurrentes. Pueden tratarse de maltrato y explotación físicas, sexuales, psicológica, emocional y económica; puede experimentarse en una gama de situaciones tanto del ámbito privado como del público; y en ocasiones puede trascender las fronteras nacionales. Esas formas de violencia incluyen, entre otras, la violencia doméstica, la violencia sexual, la violación marital, el acoso, el acoso sexual, la trata y la explotación sexual, el matrimonio infantil, la mutilación genital femenina y las prácticas nocivas que constituyen violencia contra las mujeres, o contribuyen a ella. La mujer también experimenta la violencia a lo largo de su vida de diferentes maneras y en diferentes contextos y muchas de las formas de violencia contra las mujeres también las experimentan las niñas (ONU-2012, citado en Márquez, 2020, p. 16)

Si bien la violencia contra las mujeres es, ante todo, una forma de discriminación por razón de sexo, otras formas de discriminación y de privaciones pueden contribuir a aumentar el riesgo que corre la mujer de ser víctima de la violencia o a dificultar su acceso a los sistemas de apoyo y de justicia. Determinados grupos de mujeres son especialmente vulnerables a la violencia, en particular las mujeres pertenecientes a minorías, tales como las indígenas, las refugiadas, las indigentes, las recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidad, las mujeres de edad

avanzada y las mujeres en situaciones de conflicto armado (ONU 2012, citado en Márquez, 2020, p. 17).

La violencia contra las mujeres es definida en la Ley General de Acceso a Mujeres a una vida libre de violencia, en su Título Primero, Capítulo I, artículo 5, fracción IV, Violencia hacia las mujeres, de la manera siguiente: Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2007, citado en Márquez, 2020, p. 18).

“Gran parte de la violencia contra las mujeres la cometen una amplia gama de personas y entidades, como la pareja y otros miembros de la familia; los conocidos ocasionales y extraños; las instituciones del barrio y la comunidad; las bandas delictivas, como así también las organizaciones y las empresas comerciales”. Dicha violencia es la manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y varones que se refleja tanto en el ámbito privado, como en el doméstico y el público, su consecuencia es la vulneración y negación de derechos fundamentales de las mujeres y niñas que habitan este planeta. (Lujan, 2013, p. 15).

La violencia contra las mujeres está presente en todas las sociedades del mundo, sea cual sea su sistema político o económico. No sabe de culturas, clases sociales ni etnias. Este tipo de violencia tiene dos caras: es particular y también universal porque a lo largo de la geografía mundial y de las distintas culturas persiste por doquier la violencia contra las mujeres, ambas pertenecen a una misma realidad. (Lujan, 2013, p. 15).

## **1.2 Tipos de Violencia y modalidades homologadas en las leyes.**

Los tipos de Violencia contra las mujeres se pueden definir como la:

Agrupación de los actos específicos de agresiones hacia la mujer según sus características, las cuales se clasifican en emocional/psicológica, física, patrimonial, económica y sexual (INEGI,2016).

### **1.2.1 Violencia psicológica**

Incluye toda conducta verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien este o haya estado ligado a ella por análoga relación afectividad, aún sin convivencia. Asimismo, tendrán la misma consideración aquellos actos ejercidos por hombres en el entorno familiar o entorno social y/o laboral de la mujer. (Guardia, 2016, p. 8).

Las manifestaciones del maltrato emocional pueden ser abarcadas en cinco dimensiones de acuerdo con lo que proponen Consuelo Cervantes Muñoz, Luciana Ramos Lira y María Teresa Sal tijeral:(Cervantes, Ramos y Sal tijeral, 2004, p. 255 citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 242-243).

1. Devaluación. Abarca todas aquellas consignas verbales como burlas, menosprecios, insultos y críticas destructivas, así como actitudes que desvalorizan orientadas a restar importancia a los sentimientos, aptitudes intelectuales y características físicas de la mujer, y a mostrar indiferencia hacia sus necesidades.

2. Conductas amenazadoras. Se refiere a todas las acciones aterradoras que se acompañan como objetos de tipo intimidatorios (palos, cinturón, objetos punzocortantes o armas de fuego) que muestran la intención de dañar en forma grave a la mujer, a éstas se les agrega el maltrato bajo los efectos del alcohol.

3. Intimidación. Consiste en una serie de expresiones verbales, gestos y conductas cuyo contenido está también orientado a evidenciar la intención de generar un daño emocional o físico grave en la mujer (golpes u homicidio) o en el propio compañero (suicidio).

4. Hostilidad. Está conformado por enojos derivados de la transgresión de normas de género, tales como contradecir o estar en desacuerdo con el varón, así como por gritos e insultos cuyo tono contenido son para difundir el miedo.

5. Expectativas abusivas. Incluye una serie de actitudes y consignas verbales, en ocasiones irracionales, cuyo contenido se destaca por ser de tipo prohibitorio y restrictivo. Están orientadas a determinar y controlar las actividades y relaciones sociales de la mujer, tanto en el ámbito privado como en el público. Así mismo, incluye críticas constantes y regaños porque la mujer fracasa en cumplir el papel esperado (sobre todo como madre y esposa), o quiere rebasar sus límites o desafiar lo que el varón considera "sus derechos".



### 1.2.2 Violencia física

Incluiríamos cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su conyugue o esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.

También tendrán la consideración de violencia física, aquellos actos ejercidos por hombres en el entorno familiar o en el entorno social y/o laboral de la mujer. (Guardia, 2016, p. 8).

La violencia física es evidente, generalmente deja una huella en el cuerpo “un pómulo hinchado, una nariz sangrante, un párpado morado, un brazo enyesado, un diente roto o un tobillo fracturado “(Torres 2001, p. 113 citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p.241).

La violencia física "incluye acciones que por lo general se conforman en una escalada que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas y torceduras, pudiendo llegar hasta el homicidio" (Cervantes, Ramos y Saltijeral,2004, p. 243 citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 241).

A veces no aparece la huella en lo externo, se encuentra en la parte interna del cuerpo y tiene consecuencias ulteriores. En la violencia física por intención está presente el sometimiento del cuerpo de la víctima. Y los medios utilizados para tal agresión pueden ser armas de fuego, objetos punzocortantes y el cuerpo del agresor: manos, cabeza, pies, piernas. Pero también la violencia física se da por omisión, la cual consiste en privar a alguien de alimentos, bebidas, medicinas, encerrarlo en su casa o mantener a la persona sin

calefacción o ventilación adecuada (Torres, 2001, p. 31, citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 241).

### **1.2.3 Violencia sexual**

En este tipo estaría incluido cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima. (Guardia, 2016, p. 9).

Otra forma de violencia conyugal es la sexual. Esta consiste en la imposición de relaciones sexuales por parte de la pareja masculina (Gonzales Montes, 2004, p.170, citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 243).

La violencia sexual dentro de la pareja se da cuando el hombre obliga a la mujer a realizar cualquier acto erótico o al sometimiento de prácticas sexuales dolorosas o degradantes en contra de su voluntad. En la violencia sexual también caben los comentarios sarcásticos y denigrantes proferidos por el hombre contra la mujer cuando la acusa de frígida, ninfómana y cuando la obliga a sostener relaciones con otros hombres o con otras mujeres (Torres, 2001, p. 33, citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 244).

El sistema patriarcal no puede desligarse del uso de la fuerza como instrumento de intimidación y como ejercicio de control. Lo hace en todas las esferas sociales; así también, los hombres violentos, producto de este sistema, creen que tienen todo el derecho sobre el cuerpo de las mujeres y que pueden tener relaciones sexuales cuando ellos quieren y de la forma que ellas desean

(Hancock, 1997, p.13, citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 244-245).

La violencia sexual también incluye la negativa a tener relaciones ignorando deseos y necesidades de las mujeres. Haber tenido una relación sexual perfecta y rotundamente consentida, con un “¡Sí, consiento!” gritado y repetido diez veces si se quiere, (pero no deseada, ni apetecida) es haber sido víctima de violencia sexual. (Pollán,2023)

Por otra parte, transmitir a los hombres que todo lo que tienen que buscar en una interacción sexual con las mujeres para que la misma no se considere legalmente una agresión es que la mujer la consienta (es decir que ceda, tolere, soporte con independencia de que la desee) es reafirmar la máxima patriarcal según la cual las mujeres son naturalmente pasivas, especialmente en lo que respecta a la sexualidad. Se podrá decir que la ley contempla que el consentimiento sea libre. Sin embargo, es bastante ambigua en su redacción general. (Pollán,2023).

#### **1.2.4 Violencia económica**

Dentro de lo que se incluye la privación intencionada y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la pareja. (Guardia, 2016, p. 9).

Este tipo de violencia la ejerce quien realiza un acto intencional o por omisión deliberada con el fin de “someter a otra persona mediante el control de determinados recursos materiales-dinero, bienes, valores- que pertenecen al

agresor o a la víctima” (Torres, 2001, p.146, citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 245).

Algunos ejemplos frecuentes son: cuando el hombre no aporta ninguna cantidad de dinero o lo hace de manera irregular e insuficiente para la manutención del hogar y de la familia. (Cervantes, Ramos y Saltijeral, 2004, p. 253 citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 245).

La violencia económica, igual que en las otras variantes, tiene como finalidad controlar por medio del ejercicio del poder que da la diferencia de género. Así, el no atender necesidades básicas como la alimentación, el vestido, la recreación, la educación y la salud de quienes dependen o conviven con él, se enmarcan en esta violencia económica (Torres, 2001, p. 34 citado en Monárrez, Cervera, Fuentes y Rubio, 2010, p. 245).

### **1.2.5 Modalidades de la Violencia**

Las modalidades de la Violencia han sido definidas como “las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres” (LGAMVLV,2023, p.3)

**Violencia familiar:** Es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho (LGAMVLV,2023, p.5).

**Violencia en el noviazgo:** Es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir a las mujeres de cualquier edad, mediante la relación de uno o varios tipos de violencia, durante o después de una relación de noviazgo, una relación afectiva o de hecho o una relación sexual (LAMVLV,2022, p.7).

**Violencia Laboral:** Es aquella que ocurre cuando se presenta la negativa a contratar a la víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación y todo tipo de discriminación por condición de género (LAMVLV,2022, p.8)

**Violencia Escolar:** Son todas aquellas conductas, acciones u omisiones, infligidas por el personal docente o administrativo o cualquier integrante de la comunidad educativa que daña la dignidad, salud, integridad, libertad y seguridad de las víctimas. La violencia escolar se manifiesta en todas aquellas conductas cometidas individual o colectivamente, en un proceso de interacción que se realiza y prolonga tanto al interior como al exterior de los planteles educativos o del horario escolar, y se expresa mediante la realización de uno o varios tipos de violencia contra las mujeres en cualquier etapa de su vida (LAMVLV,2022, p.8).

**Violencia Docente:** Es aquella que puede ocurrir cuando se daña la autoestima de las alumnas o maestras con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros (LAMVLV,2022, p.8).

**Violencia en la Comunidad:** Son los actos individuales o colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público (LGAMVLVL,2023, p.7).

**Violencia Institucional:** Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (LGAMVLV,2023, p.7)

**Violencia mediática contra las mujeres:** Aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio de comunicación público o privado, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de niñas y mujeres adolescentes o adultas, o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, fomente o exhiba mujeres violentadas, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres (LAMVLV,2022, p.8-9)

**La violencia política contra las mujeres en razón de género:** es toda acción u omisión, incluida la tolerancia, basada en elementos de género y ejercida dentro de la esfera pública o privada, que tenga por objeto o resultado limitar, anular o menoscabar el ejercicio efectivo de los derechos políticos y electorales de una o varias mujeres, el acceso al pleno ejercicio de las atribuciones inherentes a su cargo, labor o actividad, el libre desarrollo de la función pública, la toma de decisiones, la libertad de organización, así como el acceso y ejercicio a las prerrogativas, tratándose de precandidaturas, candidaturas, funciones o cargos públicos del mismo tipo (LAMVLV,2022, p.9)

**Violencia digital:** es toda acción dolosa realizada mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación, por la que se exponga,

distribuya, difunda, exhiba, transmita, comercialice, oferte, intercambie o comparta imágenes, audios o videos reales o simulados de contenido íntimo sexual de una persona sin su consentimiento, sin su aprobación o sin su autorización y que le cause daño psicológico, emocional, en cualquier ámbito de su vida privada o en su imagen propia (LAMVLV,2022, p.9) Después de haber realizado la discusión teórica para explicar el porque del origen de la violencia se encuentran los factores de riesgo , como tal la finalidad de estos no es explicar el origen, si no identificar los factores que se presentan para que se desarrolle la violencia.

### **1.3 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo no tienen la finalidad de explicar el origen, si no identificar los factores que se presentan para que se desarrolle la violencia.

#### *A) Factores socioculturales*

La violencia doméstica es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad entre hombres y mujeres. La violencia contra la mujer es, también, instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. (Jiménez, 2009, p. 13).

#### *B) Factores individuales*

De los diferentes factores estudiados en este ámbito, el alcoholismo es uno de los más frecuentemente mencionados. Sin embargo, en este punto hay que diferenciar entre las causas de la violencia y los factores que la refuerzan o que permiten que se haga más evidente. Aunque en los diferentes estudios se aprecia de manera constante una relación entre el consumo elevado de alcohol

y la violencia contra las mujeres por parte de su pareja, muchas personas abusan del alcohol sin que por ello manifiesten un comportamiento violento, y en muchas de las agresiones que ocurren no está relacionado un consumo de alcohol. Sin embargo, sí parece que el consumo de alcohol aumenta la frecuencia y la gravedad de la conducta violenta. (Jiménez, 2009, p. 14).

#### *B) Factores comunitarios*

Aun siendo cierto que se ejerce la violencia en todos los grupos sociales, los resultados de los estudios muestran que las mujeres de clases sociales inferiores la refieren más frecuentemente que las mujeres de clases sociales superiores. (Jiménez, 2009, p. 14).

#### *C) Factores familiares*

En el ámbito de las relaciones familiares, diferentes estudios han mostrado que tanto los conflictos de pareja como el dominio del hombre de la economía y la toma de decisiones en la familia pueden constituir importantes factores de riesgo para una situación de violencia. (Jiménez, 2009, p. 15).

#### *D) Factores protectores*

Por otro lado, Ruiz et al. (2004) comentan que también existen ciertos factores que protegen a la mujer de la posibilidad de sufrir violencia. De acuerdo con estos autores, varios estudios han constatado que cuando la mujer tiene autoridad y poder fuera de la familia, el maltrato es infrecuente y también disminuye la violencia de forma notable, y cuando se produce una rápida intervención de otros miembros de la familia. Recientemente se ha puesto de manifiesto que la ausencia de apoyo social se relaciona con una mayor frecuencia de violencia ejercida contra la mujer en la pareja, y que un elevado apoyo social puede amortiguar el impacto de la violencia en la salud física y psíquica de la mujer maltratada. Como se ha visto, los factores relacionados con la violencia, el género y las relaciones sexuales no sólo se manifiestan en el



ámbito individual; también la familia, la comunidad y el más amplio contexto social, incluidos los medios de comunicación, los refuerzan o combaten. Por tanto, es importante analizar también, esa cultura que permite y en ocasiones aplaude la violencia contra la mujer, así como detectar qué estereotipos y normas de género subyacen inscritos en el bagaje cultural de cada hombre y mujer y que en conjunto legitiman el fenómeno de la violencia (Jiménez, 2009, p. 15).

#### **1.4 Contexto de la Violencia contra las mujeres en México**

De acuerdo con el artículo elaborado por la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos y la Organización Católica por el Derecho a Decidir (2012), la violencia contra las mujeres en México se genera en un contexto de impunidad basado en un sistema patriarcal, de desigualdad y exclusión social, el cual se ha visto agravado por la presencia militar en un contexto donde el Estado de Derecho es sumamente débil. El Estado, tanto a nivel federal como en algunas entidades locales, ha realizado acciones tendientes a atender la violencia contra las mujeres, sin embargo, la falta de coordinación interinstitucional y las lagunas normativas no han permitido su correcta implementación.

México estableció formalmente un Marco Legal sobre los derechos de las mujeres desde el año 2007, en particular, para garantizar el derecho a una vida libre de violencia y discriminación de las mujeres mediante la aprobación de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la cual, entre otras, buscaba enfrentar la grave situación de violencia en contra de las mujeres en México, expresada en su forma extrema del feminicidio. Dicha Ley define al feminicidio como “los asesinatos de mujeres que resultan de la violencia ejercida contra ellas en razón a su condición de género”. Es decir, se trata de asesinatos violentos de mujeres guiados por la misoginia, la discriminación y el odio hacia este género, donde familiares o desconocidos realizan actos de extrema brutalidad sobre los cuerpos de las víctimas, en un contexto de permisividad por parte del Estado, quien, por acción u omisión, no

cumple con su responsabilidad de garantizar la vida y la seguridad de las mujeres.

#### **1.4.1 Estudios basados en la estadística poblacional.**

De acuerdo a la (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) ENDIREH 2021 está es “ la principal fuente de información sobre la situación de la violencia que viven las mujeres en nuestro país y constituye una referencia internacional por los estándares éticos y metodológicos que se aplican en su levantamiento. ”

Con cinco ediciones disponibles (2003, 2006, 2011, 2016 y 2021), la ENDIREH genera información estadística para estimar la prevalencia y gravedad de la violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años y más por tipo de violencia (psicológica, física, sexual, económica o patrimonial) y ámbito de ocurrencia (escolar, laboral, comunitario, familiar y de pareja). La información que ofrece permite el diseño, seguimiento y evaluación de políticas públicas orientadas a prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y favorece el estudio de su dinámica y características. (ENDIREH,2021, p.4)

La violencia contra las mujeres es un grave problema social, que no solamente afecta a las mujeres, sino también a la sociedad en general; los siguientes datos estadísticos son recuperados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) de acuerdo a los resultados en la encuesta 2016 ,66.1% de las mujeres mayores de 15 años indicaron que han sufrido por lo menos un incidente de violencia emocional, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor, mientras que en la encuesta 2021 el 70.1% de las mujeres indicaron haber sufrido por lo menos un incidente de violencia a lo largo de su vida.

A continuación se muestra la prevalencia total de violencia contra las mujeres de 15 años y más a lo largo de la vida por entidad federativa, podemos observar que el estado con mayor prevalencia es el Estado de México con un 78.7 % , seguido por la Ciudad de México con 76.2% y Querétaro con 75.2%

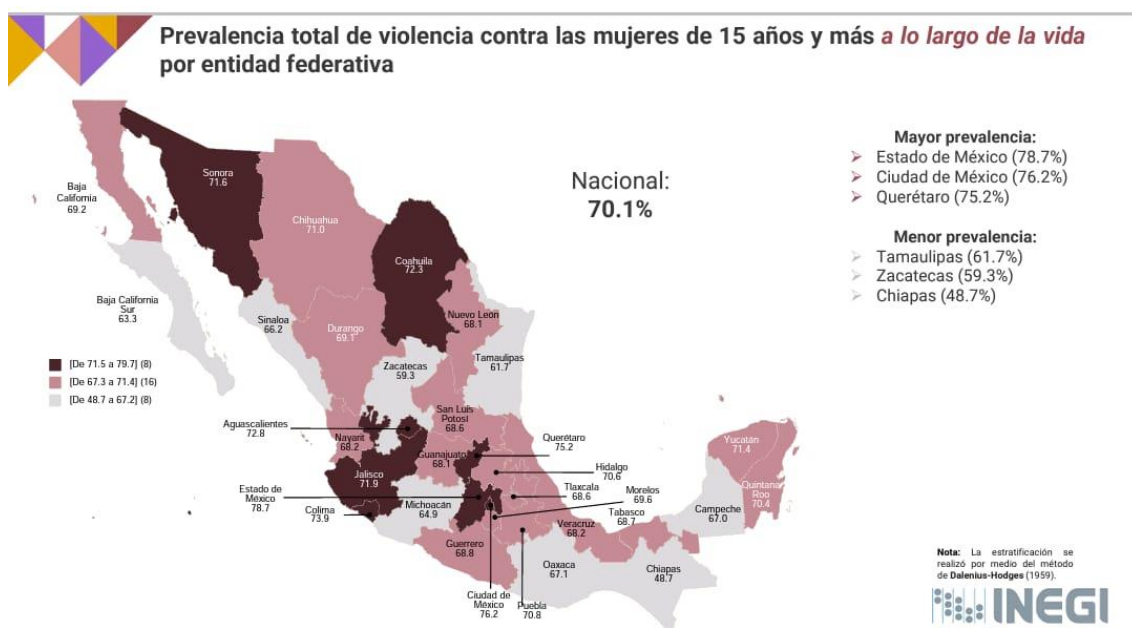


Figura 1. Prevalencia total de violencia contra las mujeres de 15 años y más a lo largo de la vida por entidad federativa- (ENDIREH,2021)

Los siguientes datos estadísticos muestran la prevalencia total de violencia contra las mujeres de 15 años y más en los últimos 12 meses por entidad federativa, los estados con mayor prevalencia son: Querétaro con 49.8 % , Colima con 48.2% y Aguascalientes con 48.0%.

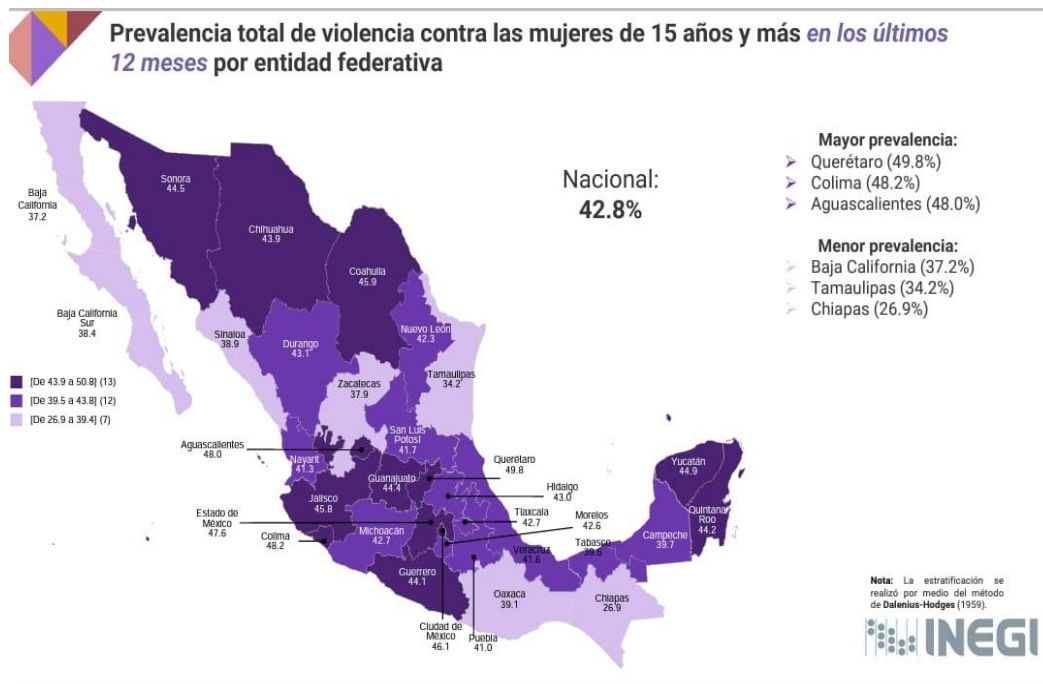


Figura 2. Prevalencia total de violencia contra las mujeres de 15 años y más en los últimos 12 meses por entidad federativa. (ENDIREH,2021)

Por otra parte, el Gobierno de México a través del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública realizó una recopilación de datos en cuanto a la información de violencia contra las mujeres, incidencia delictiva y llamadas de emergencia al 911, con el corte el 31 de mayo de 2023.7.13.

En los siguientes párrafos se muestran algunos de los datos estadísticos más sobresalientes en cuanto a violencia contra las mujeres:

En la siguiente figura se muestran los presuntos delitos de feminicidio desde enero de 2015 hasta mayo de 2023 de acuerdo a las cifras se puede observar que el año 2021, es el año con un mayor número de delitos por feminicidio con una cifra de 981.

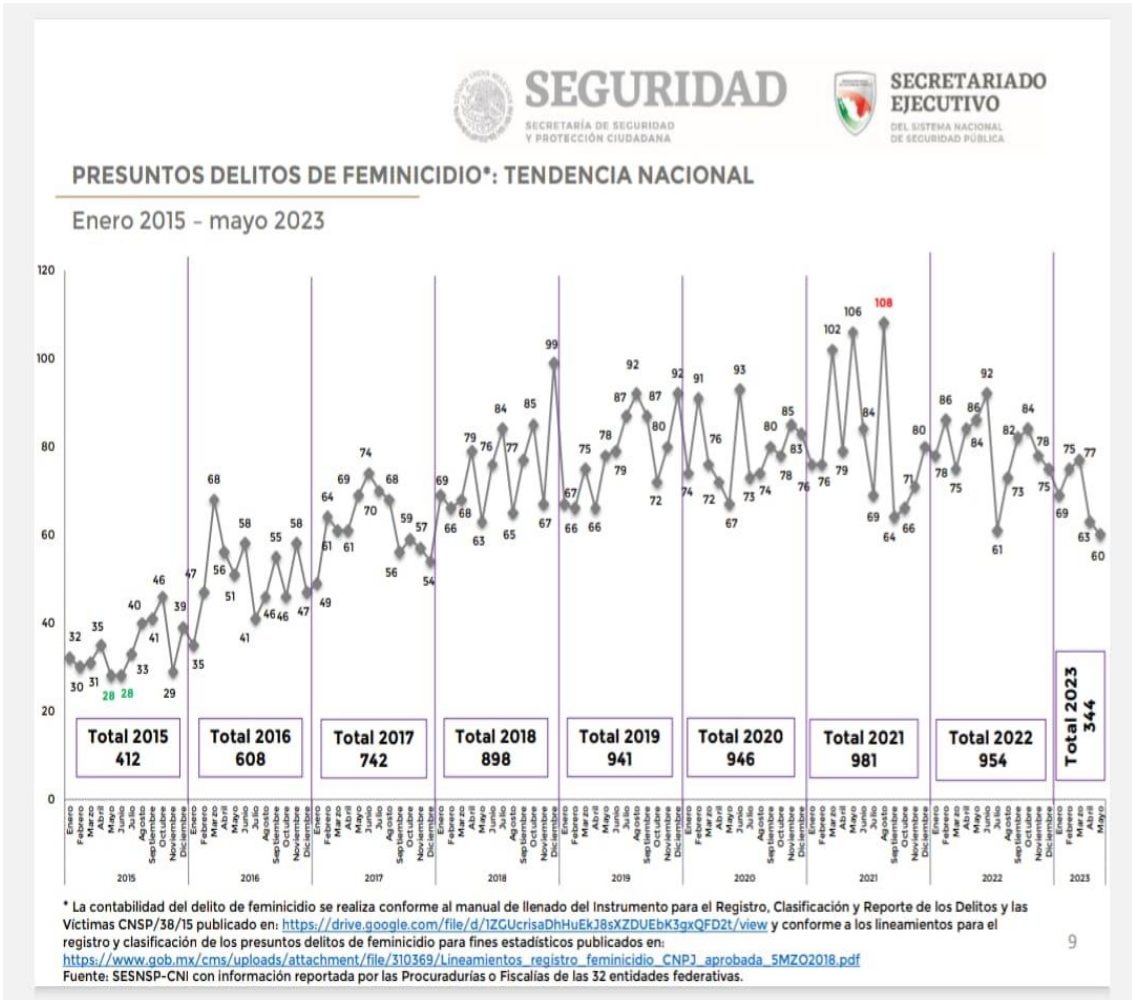


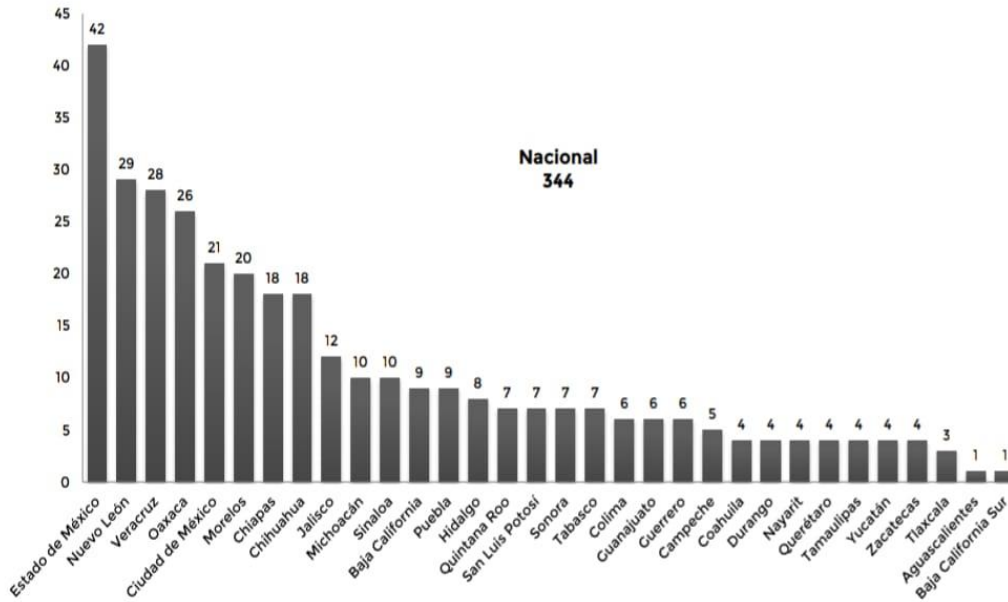
Figura 3. Presuntos Delitos de Femicidio: Tendencia Nacional (SESNSP,2023)

Entre enero y mayo de 2023, el Estado de México se coloca como el estado con un mayor número de presuntos delitos de feminicidio, con una cifra de 42 delitos durante este periodo.



**PRESUNTOS DELITOS DE FEMINICIDIO\*: ESTATAL**

Enero - mayo 2023



\* La contabilidad del delito de feminicidio se realiza conforme al manual de llenado del Instrumento para el Registro, Clasificación y Reporte de los Delitos y las Víctimas CNSP/38/15 publicado en: <https://drive.google.com/file/d/1ZGUcrisaDhHuEkJ8sXZDUeBk3gxQFD2t/view> y conforme a los lineamientos para el registro y clasificación de los presuntos delitos de feminicidio para fines estadísticos publicados en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/310369/Lineamientos\\_registro\\_feminicidio\\_CNPJ\\_aprobada\\_5MZO2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/310369/Lineamientos_registro_feminicidio_CNPJ_aprobada_5MZO2018.pdf)  
Fuente: SESNSP-CNI con información reportada por las Procuradurías o Fiscalías de las 32 entidades federativas.

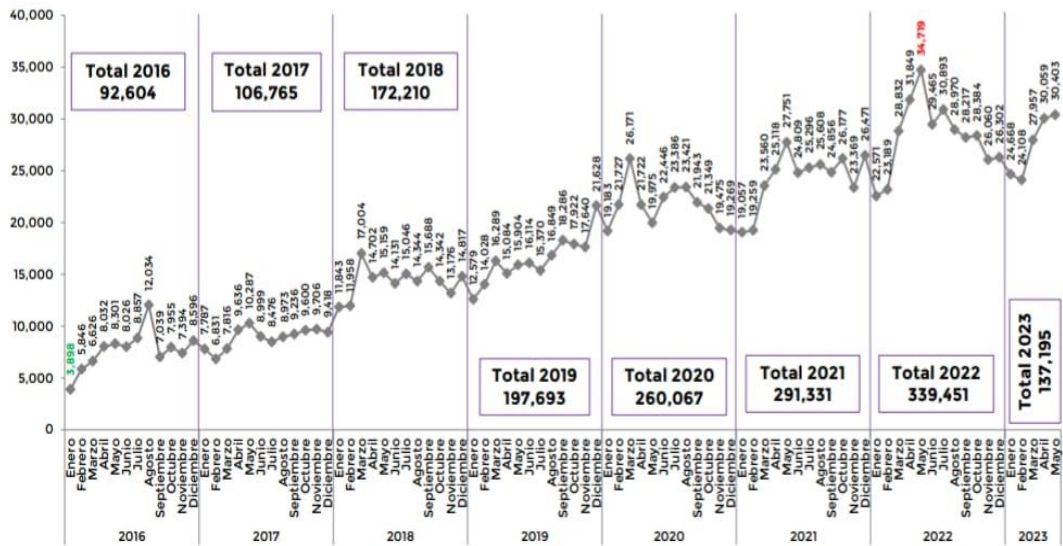
Figura 4. Presuntos Delitos de Femicidio: Estatal (SESNSP,2023)

En cuanto a las llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer al número 9-1-1, se puede observar que el año 2022 es el que presentó un mayor número con un registro de 339,451 llamadas.



### LLAMADAS DE EMERGENCIA RELACIONADAS CON INCIDENTES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER\* : TENDENCIA NACIONAL

Enero 2016 - mayo 2023



Nota: Las llamadas de emergencia al número único 9-1-1 no son denuncias ante una autoridad, se trata únicamente de probables incidentes de emergencia con base en la percepción de la persona que realiza la llamada.

\*Se refiere al incidente "Violencia contra la mujer" incluido en el Catálogo Nacional de Incidentes de Emergencia, y definido como: " Todo acto violento que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada."

Fuente: SESNSP-CNI con información reportada por los Centros de Atención de Llamadas de Emergencia (CALLE) de las 32 entidades federativas.

Figura 5. Llamadas de emergencia Relacionadas con Incidentes de Violencia contra la mujer: Tendencia Nacional (SESNSP,2023)

En el periodo de enero y mayo de 2023 la Ciudad de México se posiciona como el estado con un mayor número de registro de llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer con un total de 34,028 llamadas.



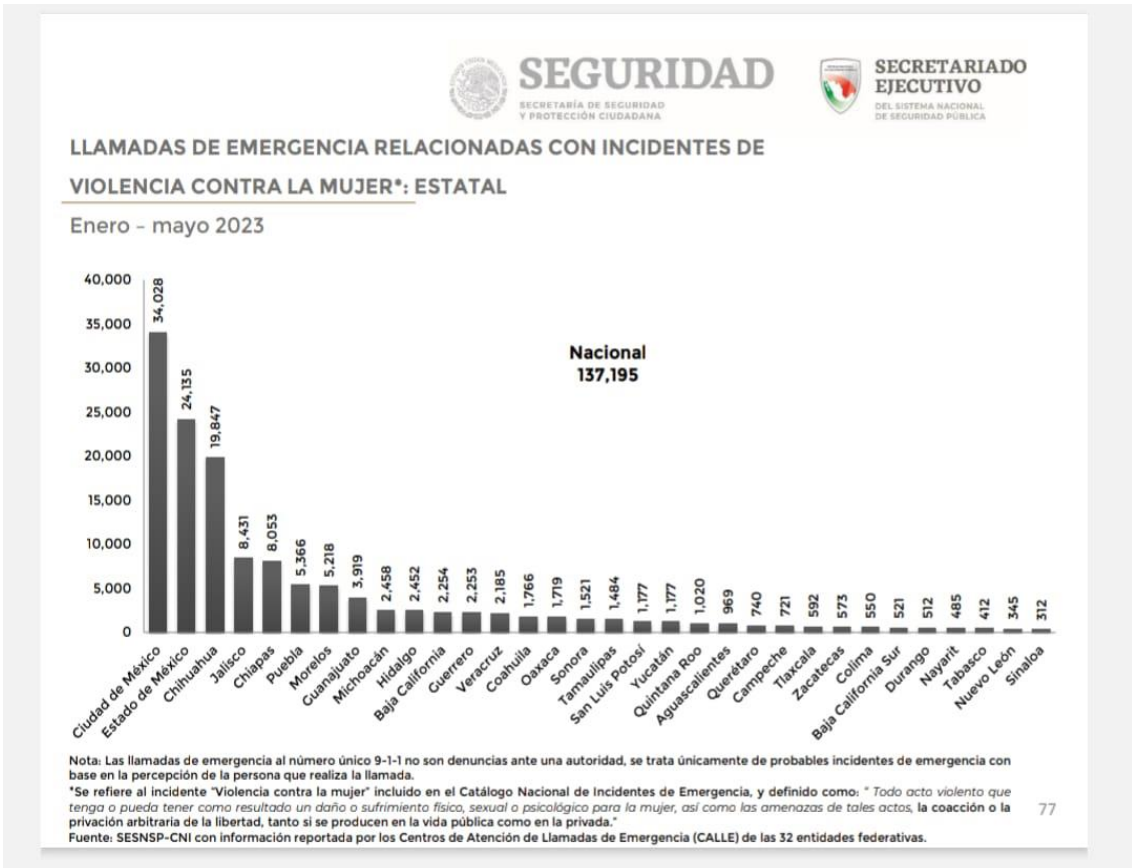


Figura 6. Llamadas de Emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer: Estatal. (SESNSP,2023)

De acuerdo a la información descrita en los anteriores párrafos podemos concluir que, aunque ya existen leyes, aún hay altas cifras en cuanto a violencia contra las mujeres, los logros de las leyes no se han conseguido totalmente debido a que la violencia está muy normalizada y hay una fuerte resistencia a la pérdida de privilegios.



## 1.5 Consecuencias

Existen múltiples consecuencias de la violencia contra las mujeres y tienen un impacto a nivel individual y sociedad al igual que impactan en su calidad de vida y bienestar.

**Tabla 1. Consecuencias comportamentales y sociales en mujeres víctimas de violencia**

<b>Consecuencias comportamentales y sociales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aislamiento y evitación de sus redes sociales (amistades y familia de origen).</li><li>• Miedo y/o ansiedad a iniciar y/o mantener relaciones más íntimas con otras personas.</li><li>• Desconfianza persistente e hipervigilancia.</li><li>• Desmotivación, desinterés y evitación de actividades y de lugares que anteriormente realizaban y/o frecuentaban.</li><li>• Disminución de habilidades sociales tanto de comunicación como en inicio y mantenimiento de interpersonales.</li><li>• Déficit en asertividad y solución de problemas cotidianos, con tendencia o sentimientos de inseguridad, conductas pasivas y/o condescendientes, o reacciones de ira desadaptativas.</li><li>• Tendencia a padecer conductas adictivas: consumo de psicofármacos, alcohol y otras drogas.</li><li>• Incremento en la probabilidad de padecer conductas compulsivas: alimenticias, limpieza, compras y juego.</li><li>• Victimización de otras personas: la mujer víctima de violencia desvía la rabia que de forma natural se tendría que dirigir al agresor, hacía sí misma o hacía otras personas que considera inferiores o con poco poder como a mujeres y a niñas/os.</li><li>• Conductas de riesgo físico excesivo. Intentos o planificación de suicidio.</li></ul>

Fuente: Guardia (2016, p. 15).

**Tabla 2. Consecuencias cognitivas en mujeres víctimas de violencia.**

<b>Consecuencias cognitivas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Autoevaluaciones negativas.</li><li>• Negación del maltrato y minimización de las conductas violentas que sufre.</li><li>• Cambios en los esquemas cognitivos: creencias sobre sí misma, las otras personas y sobre el mundo.</li><li>• Ideas de muerte o suicidio.</li><li>• Ideas de desconfianza y suspicacia.</li><li>• Errores perceptivos sobre ellas mismas, las otras personas y el mundo.</li><li>• Disminución de la atención, concentración y memoria.</li><li>• Amnesia de acontecimientos traumáticos y/o dificultad para recordar.</li><li>• Esfuerzos para evitar pensamientos sobre sus vivencias.</li><li>• Recuerdos intrusivos de las agresiones: estímulos irrelevantes les provoca revivir experiencias traumáticas como consecuencia de padecer el Trastorno de estrés postraumático.</li><li>• Episodios disociativos transitorios. Despersonalización. Sensación de daño psíquico permanente sensación de ser completamente diferente a las otras personas.</li><li>• Alteraciones en el sistema de significados: la vida pierde sentido para ellas, ideas de catastrofismo y negatividad sobre su futuro, desmotivación y apatía para cambiar o mejorar, bloqueo en toma de decisiones o iniciativas para prosperar o defenderse. Pérdida de la fe que les sustentaba: “sí existiera un dios no hubiera permitido que sucediera lo que sucedió”.</li></ul>

Fuente: Guardia (2016, p. 15-16).

**Tabla 3. Consecuencias emocionales y afectivas en mujeres víctimas de violencia.**

<b>Consecuencias emocionales y afectivas.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Disforia persistente (estado de ansiedad, insatisfacción, o inquietud, ansiedad, fobias (habitualmente agorafobia), crisis de pánico.</li><li>• Dependencia labilidad afectiva y vulnerabilidad.</li><li>• Baja autoestima y autoconcepto-. Sentimientos de fracaso, visión negativista, catastrófica sobre sí misma, infravaloración, sentimientos de incapacidad para sentirse competente y de inutilidad, pobre concepto físico y personal de sí misma</li><li>• Bloqueo emocional: falta de expresividad emocional y afectiva y anhedonia (incapacidad de sentirse queridas).</li><li>• Rabia/ira: con ataques de ira o extremadamente inhibida (pueden alternar).</li><li>• Sentimiento de vergüenza por los abusos experimentados y sobre sí misma.</li><li>• Autoculpabilización: por causar malos tratos, por no ser capaz de pararlos y por tolerarlos.</li><li>• Impulsos suicidas crónicos.</li><li>• Depresión: sentimiento de tristeza permanente.</li><li>• Alteraciones del sueño.</li><li>• Impotencia aprendida.</li></ul>

Fuente: Guardia (2016, p. 16).

## **1.6 Perspectivas teóricas de la violencia contra las mujeres.**

Realizando una reconstrucción en la historia de la violencia, diversos pensamientos y teorías tratan de comprender y explicar el fenómeno de la violencia, algunas teorías reduccionistas explican que los patrones de violencia de las sociedades humanas son una respuesta innata y argumentan que tiene su base en la genética; por otro lado, algunas teorías sociales proponen que la violencia es adquirida.

Antes de realizar el recorrido por los diversos pensamientos y teorías es importante diferenciar los términos agresión y violencia:

Diversos autores amplían o concretizan su definición dependiendo del campo de interés, sin embargo, coinciden en decir que la agresión humana es cualquier comportamiento dirigido hacia otro individuo que se realiza con la intención próxima (inmediata) de causar daño. Además, el autor debe creer que el comportamiento dañará al blanco, y que el blanco está motivado para evitar el daño (Bushman & Anderson, 2001; Baron & Richardson, 1994; Berkowitz, 1993, citado en Arias, 2013, p.12).

La violencia, en cambio, es la agresión que tiene como meta el daño extremo, incluidas las lesiones que dejan cicatrices físicas y emocionales en las víctimas durante un periodo prolongado e inclusive la muerte. Toda la violencia es agresión, pero muchos casos de la agresión no son violentos. Parece entonces que ambas conductas son parte de un continuo (Arias, 2013, p.12)

Una cuestión controvertida es la diferenciación entre agresividad y violencia; por este motivo, nuestro estudio partirá de la agresividad como impulso presente en todo ser humano por tener componentes genéticos; mientras que la violencia consiste en un acto cultural que, aunque depende del potencial de agresividad está modelado por factores culturales, de tal manera que afirmemos que por naturaleza el ser humano es agresivo, pero no violento (Ruiz,2002, p.2)

Las teorías que consideran a la violencia como innata y natural, han sido propuestas por investigadores que pertenecen a diferentes disciplinas: antropólogos, etólogos, biólogos, fisiólogos, historiadores y filósofos. En el campo de la violencia adquirida, también encontramos gran diversidad de especialistas, aunque, predominan los sociólogos, antropólogos y psicólogos. (Tecla, 1995, p. 8).

Cabe señalar que para comprender mejor el comportamiento humano debe estudiarse, desde distintas disciplinas, por tanto, la etología, la proxémica, la antropología física, la neurofisiología, la psicología, la sociología, la política entre otras disciplinas nos permiten comprender de una mejor manera el contexto.

Con las neuronas heredamos la posibilidad de hacer trillones de conexiones, entre dendritas y axones, etc. Las que son la base de nuestros pensamientos y emociones (sistema nervioso y endocrino). Los conceptos, valores y emociones, no son congénitos, son transmitidos (introyectados) por la sociedad y en particular, por el grupo social- (Tecla,1995, p. 32).

Desde la mirada de la Antropología George Blandier preocupado por la violencia, política y poder:

Piensa que desde el principio de los tiempos siempre ha habido violencia y que la historia humana puede verse como un esfuerzo interminable para

controlarla. La violencia siempre está presente en la sociedad y toma la forma de guerra en las relaciones entre sociedades cuando la competencia ya no puede ser contenida por el intercambio y el mercado (Rossemberg, 2011, p.42).

Chagon (en Rossemberg, 2011, p. 31). plantea que la violencia de las sociedades primitivas entre las que el homicidio, la venganza de sangre y la guerra son manifestaciones de conflictos de interés, la razón de está es por los recursos materiales y reproductivos.

El antropólogo Michael Ghiglieri “representa otra mirada sociobiológica en el análisis de la violencia. Piensa que los hombres y las mujeres son, por principio, distintos. El ser humano es un fenómeno biológico, no un ser por completo maleable como piensan los científicos sociales y que gran parte de nuestro comportamiento está influido por la genética, sin embargo, en ocasiones, el ambiente también influye de manera considerable” (Ghiglieri, 1999, p. 7 citado en Rossemberg, 2011).

Esta perspectiva biológica, no es la única visión existente sobre las diferencias de conducta entre mujeres y hombres, sino que han planteado diversas teorías generales. Para la explicación de la agresión, la violencia y la delincuencia violenta, cuatro ámbitos de factores y de perspectivas teóricas son en la actualidad especialmente relevantes. (Echeburúa y Redondo, 2010, p.54).

### **1.6.1 Perspectiva desde la psicobiología**

Según la perspectiva biológica más tradicional, debido a la mayor fuerza física de los hombres y, de acuerdo con el conocimiento más reciente, a causa de las características particulares de su sistema endocrino (y específicamente a la mayor presencia en ellos de testosterona), los varones estarían mucho más

predispuestos que las mujeres a llevar a cabo múltiples conductas antisociales y delitos, y especialmente delitos de actos violento. (Echeburúa y Redondo, 2010, p. 54).

### **1.6.2 Las dimensiones de personalidad o los rasgos característicos de los individuos.**

Otro conocimiento relevante para comprender la tendencia diferencial al empleo de la violencia concierne a las diferencias individuales entre las personas. (Echeburúa y Redondo, 2010, p. 64). La teoría general de la delincuencia (teoría del autocontrol) según la cual en algunos chicos se evidenciaría desde la primera infancia un déficit para dirigir a su propia conducta, por lo que, en consecuencia, serían más fácilmente atraídos por estímulos y situaciones apetecibles de cada momento.

Es decir, algunos niños y jóvenes presentarían de manera exagerada una tendencia a obtener gratificaciones fáciles e inmediatas (en lugar de esforzarse para lograr beneficios duraderos), a realizar actividades excitantes y arriesgadas (en lugar de conducirse con cierta prudencia y cautela), a actuar de manera impulsiva (en vez de planificar sus acciones), a causar incomodidad y daño a otras personas ( en lugar de tener la sensibilidad y altruismo necesarios para no hacerlo), a “resolver” sus problemas o conflictos con otros mediante la agresión verbal o física ( en lugar de hablando o negociando) y en suma, a no tomar en consideración las consecuencias negativas que muchos de sus actos pueden acarrear a otras personas y a ellos mismos (sin reparar en tales consecuencias antes de actuar). (Echeburúa y Redondo, 2010, p.65).

La personalidad hace referencia a aquellas características más sobresalientes del modo de ser y de actuar de cada individuo. De acuerdo con el conocimiento existente, dichos rasgos serían parcialmente adquiridos a partir

de las experiencias habidas a lo largo de la vida y de la educación recibida, especialmente durante los años infantiles. (Echeburúa y Redondo, 2010, p. 68).

Cabe mencionar que, en muchas personas que muestran frecuentes conductas antisociales suelen evidenciarse una serie de rasgos típicos que algún autor ha descrito como el síndrome de conducta antisocial adulta, que fue sugerido por el reconocido psicólogo criminalista británico David a Farrington, está construido a partir de la consideración de los criterios estándares del trastorno antisocial de la personalidad (según el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana) y los del trastorno disocial de la personalidad (según la CIE-10 de la organización Mundial de la Salud). Al igual que se hace actualmente en la valoración de la psicopatía, se diferencian características de dos entidades diferentes, aunque complementarias. A) de personalidad, o más estructurales y profundas, incluyendo rasgos como impulsividad, egocentrismo, dureza emocional, falta de remordimiento y de capacidad de culpa, baja tolerancia a la frustración y alta agresividad; B) de conducta, o aspectos más observables, como los comportamientos de hurto y delitos violentos, drogadicción, conducción temeraria, conductas sexuales de riesgo, relaciones inestables de pareja y maltrato de pareja e hijos, desempleo crónico y dependencia, así como engaño permanente a otras personas. (Echeburúa y Redondo, 2010, p. 68-69).

### **1.6.3 El aprendizaje social de las conductas de agresión y de violencia.**

Dos teorías de la delincuencia que, dadas sus conexiones, a nuestros afectos se integraran en una explicación conjunta. Una de las teorías fue formulada por el sociólogo Travis Hirschi y es denominada “teoría del aprendizaje social del comportamiento delictivo” ha sido desarrollada por Burgueses y Akers a partir de los trabajos previos de Bandura y otros psicólogos. Según estas perspectivas, la conducta violenta (y en general la delictiva) se aprende, sobre todo en la adolescencia y juventud, preferentemente en entornos cercanos,



como el grupo de amigos, a quien un sujeto se encuentra emocionalmente vinculado. Además, se aprende no sólo las conductas mecánicas necesarias para la violencia y el delito, sino también los valores y las actitudes que animan a tales comportamientos y los justifican. Estos aprendizajes suelen tener lugar a partir de cuatro procesos interrelacionados: 1) están en conexión con aquellos sujetos y grupos con los que los individuos están asociados diferencialmente (o sea, con los que mantienen contacto más estrecho y continuado; 2) se desarrollan a partir de recibir gratificaciones o reforzamiento diferencial (generalmente, social o verbal, a partir de expresiones de apoyo y aquiescencia por parte de los amigos por sus conductas antisociales); 3) el aprendizaje incluye la transmisión al sujeto de definiciones normativas sobre lo correcto y lo incorrecto, lo adecuado y lo inadecuado, etc., y 4) gran parte de este aprendizaje se produce a partir de la exposición a modelos de conducta, lo que facilita la imitación de los comportamientos. (Echeburúa y Redondo, 2010, p. 70).

#### **1.6.4 Perspectiva de género**

El pensamiento patriarcal tradicional es un pensamiento esquemático y lineal que tiene en cuenta muy pocas variables al analizar las diversas situaciones de las que se ocupa, debido fundamentalmente al hecho de que considera únicamente la perspectiva de los varones y reduce a ella todas las posibles formas de mirar. Por esta razón es un pensamiento reduccionista y esta característica le impide ver las cosas desde perspectivas diferentes a la suya propia. (Barbera & Martínez, 1998, p. 126-127)

Dentro del sistema patriarcal se considera lícito el uso de la violencia por quienes ejercen el poder, que son los mismos que dictan las leyes y deciden lo que es lícito y lo que no lo es. Dentro del ámbito familiar, quien dispone del poder en la sociedad patriarcal es el «pater familias». No es de extrañar, pues, que siguiendo la misma lógica que impera en el sistema, se arrogue el derecho de ejercer la violencia sobre aquellas personas en quienes ejerce su poder. La

violencia familiar y la violencia de género constituyen, en la actualidad, uno de los índices más sangrientos del patriarcado que, aunque oficialmente penalizadas y rechazadas, siguen ejerciéndose con relativa impunidad (Barbera & Martínez, 1998, p. 127-128)

El concepto violencia de género o violencia basada en el género (gender based violence) hace referencia a la violencia que se entiende como producto de las relaciones de género, destacando la importancia del sistema sexo/género como vertebrador de la misma. En sentido estricto, este término comprende cualquier tipo de violencia ejercida por razones de género y no necesariamente aquella que tenga a la mujer como víctima; así, pudieran incluirse las acciones violentas de un hombre hacia otro o los casos en que un hombre homosexual o transgénero es víctima de violencia, conocido como transfobia u homofobia; (Laso E., Macías L., Cirici R., Viaplana G., 2020, p.2)

Sin embargo, aunque se considera violencia de género a toda aquella ejercida contra una persona sobre la base de su sexo/género, dirigida tanto a hombres como a mujeres, en la práctica la inmensa mayoría de víctimas de violencia de género son mujeres, por lo cual normalmente se asocia este tipo de violencia a la dirigida contra la mujer. En consecuencia, es común utilizar como sinónimos los términos de violencia de género, violencia contra la mujer y violencia machista, lo que da a entender que son las relaciones de poder, la construcción social y el sistema sexo/género lo que la articula (Laso E., Macías L., Cirici R., Viaplana G., 2020, p.2).

Aparte de su sentido estrictamente gramatical, que ya es mucho y del que todavía no han sido agotadas sus posibilidades de análisis, el término género ha pasado por diferentes fases. El feminismo norteamericano lo introdujo para diferenciarlo de sexo y darle así un contenido cultural que lo distingue de aquél. La voz género ha sido en los últimos años admitida por el conjunto del feminismo, aunque con matices. (Barbera & Martínez, 1998, p.109).

Los roles masculinos y femeninos son considerados por encima de una pura diferenciación biológica automática e inalterable, el resultado de las definiciones sociales, que son culturalmente relativas y, en consecuencia, modificables. Las construcciones sociales de masculinidad y feminidad son la clave tanto para comprender diversas formas de control social que las mujeres experimentan como los diversos tipos de agresiones que padecen, generalmente a manos de los varones. A pesar de los estereotipos tradicionales y de las cifras oficiales de la delincuencia, que llevarían a concluir, de forma errónea, que los varones sufren más delitos; en “realidad” serían las mujeres quienes padecerían en una sociedad patriarcal actual la violencia más frecuente y grave. Ello se haría más evidente cuando no sólo se atiende a datos oficiales de denuncia (policiales, judiciales, etc.), sino también a las agresiones físicas y psicológicas, así como a los abusos cometidos en el marco de las relaciones de pareja. (Echeburúa y Redondo, 2010, p. 55).

#### 1.6.4.1 Ciclo de la violencia

Las mujeres que son víctimas de violencia tienen dificultades para salir de las relaciones violentas, por lo que la violencia contra las mujeres tiende a presentarse de forma cíclica (Figura 1)



## **Figura 7. Ciclo de la violencia - Perspectiva criminológica de Leonore Walker.**

Fuente: Blog "Perspectiva Criminológica" en <https://criminologiacr.wordpress.com/2016/03/22/ciclo-de-violencia-intrafamiliar/>

- 1) Fase de acumulación de tensión. Aumenta la tensión en la pareja de manera gradual, el hombre se muestra cada vez más enfadado con la mujer sin motivo aparente, incrementándose la violencia de tipo verbal e incluso apareciendo los primeros indicios de violencia física. Las reacciones agresivas son impredecibles. Estos ataques los suele tomar la mujer como episodios aislados que pueden controlar, piensa que acabarán desapareciendo, pero en realidad, la tensión aumenta y se acumula. La mujer lo justifica, acomodándose de alguna manera a la situación, precisamente por el control que cree poseer de la situación, pero que en realidad no lo tiene. (Guardia, 2016, p. 23).
  
- 2) Fase de explosión o agresión: La situación estalla en forma de agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales. En esta fase la mujer suele denunciar o pedir ayuda. (Guardia, 2016, p. 24)
  
- 3) Fase de calma, reconciliación o luna de miel: El agresor pide perdón a la mujer, le dice que está muy arrepentido y que no volverá a pasar. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas, mostrándose cariñoso), para intentar que la relación no se rompa, de manera que, a menudo, la mujer piensa que el agresor realmente quiere cambiar y le perdona, sin saber que esto refuerza la posición de él. Esta fase de reconciliación tiende a desaparecer, en la medida en que los comportamientos violentos se afianzan y ganan terreno, siendo más frecuentes las agresiones violentas. (Guardia, 2016, p. 24).

#### **1.6.4.2 Intervención**

García-Dauder 2010 y Guevara 2015 en (Chapa,2020, p.126-127) Señala que desde la década de los 60 y 70 del siglo pasado, académicas feministas criticaron públicamente el sexismo en la práctica clínica psicológica. Y es que, hasta entonces la psicología, como muchas otras disciplinas científicas, aunque enarbolaba valores como la neutralidad y objetividad, era androcéntrica y sexista.

Al respecto, Eva Illouz 2010: 148, citado en (Chapa,2020, p.127) a través de un análisis sociológico de la penetración cultural de la psicología durante el siglo xx, señala:

[...] el conocimiento de la psicología al servicio de definiciones del matrimonio de tipo patriarcal, en tanto legitimaban las relaciones de poder entre hombres y mujeres dentro de la familia responsabilizando a las mujeres por la violencia y el descuido de los hombres e instruyéndolas para que entendieran el punto de vista del hombre y, de manera más general, obligándolas a rendir cuentas por el bienestar del matrimonio.

En opinión de Illouz, la psicología utilizaba la jerga técnica para promover puntos de vista misóginos y desestimaba las perspectivas del feminismo, etiquetándolo como una enfermedad. En respuesta a ello, las feministas criticaron que “estas manifestaciones de locura” o de “patología” eran, o bien una construcción social dirigida a controlar la conducta de las mujeres dentro de una estructura patriarcal, o bien, una respuesta válida a las formas reales de angustia producidas por la opresión. (Chapa,2020, p.127)

(García-Dauder 2010 y Díaz- Mariwilda 2014 en (Chapa,2020, p.127) menciona que a partir de estas críticas a la psicología, enmarcadas en la segunda ola del feminismo, fue que se sentaron las bases para las “terapias no sexistas” y/o “terapias feministas” que abordan los malestares desde el análisis social de las relaciones de poder, sin patologizar a las mujeres.

Brown,2010 citado en (Padilla,2014, p.63) señala que, durante la década de 1980, el enfoque feminista de consejería se consolidó como uno con su propia identidad a la vez que se diversificó en su práctica; incluyendo terapia de grupo y asuntos a tratar como: relaciones abusivas, incesto, desórdenes alimenticios, auto concepto, auto imagen, entre otros

Enns, 2010 citado en (Padilla,2014, p.63). menciona que, no fue hasta la pasada década que el feminismo se incorpora como una orientación terapéutica validada por el mundo científico.

El enfoque feminista de consejería de hoy día, ofrece una única perspectiva de entendimiento acerca del proceso de socialización de las mujeres. Dentro de este contexto, se articularon las metas principales y la definición del enfoque feminista de consejería (Padilla,2014, p.63)

El feminismo es un fenómeno de carácter heterogéneo y polisémico pues tiene diferentes significados y cuenta con múltiples perspectivas o vertientes cuyas interpretaciones varían entre sí. Barrera, Garibi, Guerrero y Montoya (s.f.) señalan que conforme se adelanta el desarrollo de los contextos terapéuticos del enfoque feminista, mayores vertientes van surgiendo, como por ejemplo aquellas relacionadas a las mujeres lesbianas, bisexuales o transgénero; mujeres pertenecientes a tribus indígenas y la orientación ecofeminista, entre otras. Para ejercer un buen desempeño como profesional de la consejería feminista es necesario conocer y entender las perspectivas principales del feminismo que fueron surgiendo a partir de la segunda ola del feminismo (Padilla,2014, p.64)

Lagarde, 2005, en (Chapa,2020, p.130) señala que trabajar con la violencia de género implica desnaturalizarla y deconstruir los mitos misóginos y un cuestionamiento del modelo social de base, que condena a muchas mujeres a vivir sometidas a unos mandatos que las convierten en “enseres para los otros”

Russell y Carey 2003, en (Chapa,2020p.130) mencionan que la frase “lo personal es político” cobra sentido al entender que las experiencias personales están influenciadas por relaciones más amplias de poder. Es decir, las experiencias personales de una mujer no son solamente suyas, ya que están vinculadas a las experiencias de otras mujeres, están ligadas a una política más amplia (Russell y Carey 2003, en Chapa,2020p.130).

A continuación, se muestra una tabla con las diferencias entre las terapias tradicionales y las feministas, es un claro ejemplo de las desigualdades entre los sexos que constituye un problema de Salud Pública.

Tabla 1. Diferencias entre las terapias tradicionales y las feministas

TERAPIAS TRADICIONALES	TERAPIAS FEMINISTAS
Son androcéntricas	Ponen a las mujeres y sus experiencias en el centro.
Pretenden ser libres de valores y apolíticas	Enfatizan la importancia del sistema de valores y de los aspectos políticos
Recurren a constructos intrapsíquicos, personalidad, diferencias biológicas, en el desarrollo, en las funciones cognitivas, para explicar la psicopatología	Ven la psicopatología como resultado de la opresión
Refuerzan los papeles sexuales tradicionales y promueven el ajuste a las normas sociales vigentes (normalidad, adaptación)	Problematizan los mandatos de género, los criterios de normalidad y adaptación.
Son neutrales frente a la violencia.	Se posicionan frente a la violencia

Figura 8. Diferencias entre las terapias tradicionales y las feministas.  
(Chapa,2020)

(Bosch, Ferrer y Alzamora, 2005, citado en Chapa,2020, p.130) señala que cuando una persona vive situaciones de violencia de género en cualquier espacio, y busca atención psicológica, es indispensable un conocimiento sobre los factores individuales, sociales y del contexto que explican la violencia contra las mujeres, huyendo de explicaciones y planteamientos simplistas, centrados exclusivamente en la psicología individual. De lo contrario, si se parte de premisas sesgadas y de esquemas basados en prejuicios, el proceso se pervierte inmediatamente.

En resumen hay diversas teorías que tratan de explicar el fenómeno de la violencia entre ellas la psicobiología humana que explica la violencia a partir de las características biológicas donde el hombre por su mayor fuerza y las características del sistema endocrino tiende a cometer más conductas violentas que las mujeres , por otro lado las dimensiones de personalidad la cual hace referencia a las características del modo de actuar de las personas y el aprendizaje social que se produce a partir de la imitación de los comportamientos.

La psicología patriarcal ha convencido a las mujeres de su responsabilidad al encontrarse violentadores como parejas, por lo que se consideró explicar el origen de la violencia contra las mujeres y posicionarme desde el enfoque feminista el cual hace una crítica al sistema patriarcal que considera lícito el uso de la violencia a través de quienes ejercen el poder ,que son los mismos que dictan las leyes y deciden lo que es lícito y lo que no lo es, este control social de la mujer sirve para mantener un sistema de dominio.

Por lo tanto, la herramienta de la perspectiva de género, tiene como objetivo mostrar la situación de desigualdad basada no solamente por la



determinación biológica sino también por las diferencias culturales que han sido asignadas a ambos sexos,

Dicha herramienta lleva a cuestionar los discursos patriarcales de la psicología tradicional que culpabilizan a las mujeres, recurriendo a constructos intrapsíquicos, donde solo logran revictimizar a la mujer, aumentando los sentimientos de culpa y por lo tanto invisibilizan la violencia,

A partir de estos cuestionamientos la Terapia Feminista viene a romper estas premisas sesgadas y esquemas basados en prejuicios, haciendo frente a la violencia, donde se enfatiza la importancia del sistema de valores, ve a la psicopatología como resultado de la opresión, se problematizan los mandatos de género y los criterios de normalidad.

## **Capítulo 2. La Atención Psicológica vía telefónica en México**

En este capítulo se brinda una breve reseña de los antecedentes de la Atención Psicológica vía telefónica en México, así como la creación del Programa de Atención Psicológica vía telefónica en México. Se explica el concepto de crisis, así como las intervenciones de primera instancia (Primeros Auxilios Psicológicos) al igual que las intervenciones de segunda instancia (Terapia para Crisis).

## 2.1 Antecedentes en México

El primer número de emergencia fue creado en Inglaterra en el año de 1937, el cual era utilizado como punto de contacto para cualquier tipo de emergencia. Mediante el número 999 se podía contactar tanto con los bomberos, la policía o los servicios de emergencia médica desde cualquier lugar del país. En 1968, nace en EE. UU. el número de emergencia más conocido el 911, número que es utilizado en Canadá, Argentina, Uruguay, Paraguay, El Salvador, Costa Rica, Panamá, Ecuador y México (Wikipedia, 2020). En la actualidad, algunos países de Europa, Asia y África siguen utilizando el 999, sin embargo, el principal número de emergencia de Europa es el 112 (Conzuelo, 2021, p. 10).

“El primer antecedente formal que se tiene sobre los comienzos de las líneas telefónicas de emergencia emocional en México es el proporcionado por el Dr. Mar Zúñiga (1988 citado por Bustos y Acosta, 1989) quien reporta el surgimiento y funcionamiento durante 5 años (de 1967 y hasta 1972) de un servicio de ayuda telefónica denominado Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Coyoacán” (Mancera, 2009, p. 9).

El modelo de atención resultaba completo, ya que un equipo interdisciplinario integrado por médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y secretarías, daban atención estructurada a las personas que se internaban en el hospital por intento de suicidio. El personal se acercaba a ellos, para preguntarles y saber si estaban de acuerdo en hablar al respecto y brindarles psicoterapia breve y de emergencia, al igual que se les brindaba un número de atención psicológica en crisis, sí en algún momento llegaban a requerirla (Mancera, 2009).

Se vio claramente que un servicio como este realmente se requería y fue así como se propuso que funcionara las 24 horas del día. Desafortunadamente, esto último no fue posible y al cambiar las autoridades administrativas del

hospital, este servicio se suspendió por no considerarse ni importante, ni necesario (Mancera, 2009).

En una entrevista con el Dr. Federico Puente Silva, Titular del Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL), quien es poseedor de un amplio conocimiento, dominio y experiencia en el campo de la salud mental por teléfono, informa que en México los programas de atención telefónica se establecieron de manera formal entre los años de 1975 y 1980. Estos programas fueron la línea telefónica de los Centros de Integración Juvenil, y unos años antes la línea telefónica para suicidas de la Cruz Verde (después Hospital Regional de Xoco) (Mancera, 2009).

Ambos servicios fracasaron, en opinión del Dr. Puente, principalmente por falta de recursos económicos que sustentaran de manera constante y duradera la contratación y capacitación de los recursos humanos para operar el servicio. Este centro tuvo que cerrar por el cambio de administración, tal como lo expone el Dr. Zúñiga, pero principalmente por la falta de conciencia de que los problemas de salud mental requieren ayuda y atención inmediatas por parte de las instituciones de salud en la misma medida que los problemas físicos (Mancera, 2009).

Agrega el Dr. Puente que es a partir de 1985 cuando inician otros programas telefónicos que comienzan a ser útiles para la población, como SAPTEL, que surge por primera vez como un programa conjunto de la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), unas horas después de la ocurrencia de los sismos de septiembre del mismo año (Mancera, 2009).

En una segunda etapa, de 1987 a 1989, para finalmente el 12 de octubre de 1992 pactar con la Cruz Roja Mexicana y la FMSM la prestación permanente del servicio en forma gratuita y continua en la ciudad de México y área

metropolitana. Desde entonces ha funcionado en forma ininterrumpida, extendiéndose su cobertura a partir del 2002 al resto de la República Mexicana y atendiendo, mediante operativos especiales, población en situación de desastre (como el operativo “huracán Wilma” en 2005 o durante las inundaciones en Tabasco en noviembre de 2007) (Mancera, 2009).

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, antiguamente llamado Centro Mexicano de Estudios en fármaco - dependencia tuvo también un servicio telefónico atendido por un psicólogo y una trabajadora social (Mancera, 2009).

Neuróticos anónimos, Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Anónimos 24 horas y Jóvenes Alcohólicos Anónimos 24 horas tenían el primer contacto con sus usuarios vía telefónica. Cuando llamaban se les tranquilizaba y se les daba información para integrarse a sus grupos, con la posibilidad de utilizar la línea cada que sufrieran crisis emocionales. Los Centros de Integración Juvenil fundaron en 1978 su servicio de orientación e información al público (Mancera, 2009).

En 1985, el Instituto Nacional de la Senectud, hoy denominado Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM), detectó que los problemas físicos de la gente mayor estaban estrechamente relacionados con problemáticas emocionales y se abre un servicio que brinda apoyo emocional, intervención en crisis de primer nivel y orientación/canalización a instituciones exclusivamente para esta población (Mancera, 2009).

También se crearon centros de apoyo a la mujer violada, líneas de auxilio y denuncia sobre maltrato infantil y violencia intrafamiliar, así como servicios de información/orientación y apoyo psicológico para personas con VIH -SIDA y sus familiares (Mancera, 2009).

Dentro de la revista SUMA de Cruz Roja Mexicana (SUMA, 2003 p. 22 citado en Mancera, 2009), el Dr. Puente Silva señala que, si bien los servicios de emergencia emocional por teléfono tienen en el mundo más de 50 años de operar en los países desarrollados, hasta hace poco eran operados por voluntarios y no por profesionales formalmente entrenados. En este sentido SAPTEL es el primer programa a nivel internacional en reclutar profesionales psicólogos. “Por eso, la Organización Mundial de la Salud — a través de su organismo consultor, la Federación Mundial de la Salud Mental — ha establecido que SAPTEL es el centro de referencia de modelos de atención en salud mental por teléfono y ha sido presentado en varios países”. Al año 2005, SAPTEL mantiene estrecha comunicación, mediante reuniones de trabajo periódicas, con la RED DE LINEAS TELEFONICAS que sirven a la población en un amplio rango de áreas relacionadas con la salud mental. Esta red se compone de los siguientes centros de atención:

- **ACERCATEL.** Línea de orientación e intervención en crisis, atiende a escala nacional ofreciendo un espacio de escucha durante las 24 horas, los 365 días del año.
- **CANAL ONCE.** A raíz de la exitosa barra de programas sobre gran cantidad de temas de interés para la población “*Diálogos en confianza*”, se crea el centro de atención telefónica de este canal televisivo. Las personas al teléfono ofrecen escucha, orientación y canalización a los usuarios.
- **CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL.** Atiende a personas con problemas de fármaco - dependencia (aquí se incluye a las personas adictas, sus familiares y amigos).
- **CENTRO LATINOAMERICANO SALUD Y MUJER (CELSAM).** Proporciona información y asesoría de manera responsable y respetuosa en relación con la sexualidad y planificación familiar. Establecen un enlace entre los servicios de salud y la comunidad para la atención de aspectos concernientes con la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

- **DIVERSITEL.** Línea telefónica de información, orientación y referencia acerca de la sexualidad, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, derechos humanos y diversidad sexual.
- **DE HIJOS Y PADRES (EXCELDUC).** Asesoría y orientación familiar con canalización a centros e instituciones especializados.
- **LOCATEL.** Orientación telefónica en diferentes áreas como, información, orientación y canalización en aspectos legales, médicos, psicológicos, laborales, búsqueda de personas extraviadas, etc.
- **CENTRO NACIONAL DE ATENCIÓN CIUDADANA POLICIA FEDERAL PREVENTIVA (PFP).** Atención a denuncias de delitos del fuero Federal, así como de quejas contra servidores públicos de la PFP, orientación y auxilio en accidentes carreteros.
- **SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL (PGJDF).** Orientación jurídica y Apoyo Psicológico para víctimas del delito.
- **SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono).** A nivel nacional proporciona apoyo y consejo psicológico, así como intervención en crisis y psicoterapia las 24 horas del día, todos los días del año. Es un programa conjunto con Cruz Roja Mexicana, la Secretaría de Salud y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental, A. C.
- **TeSIDA.** Ofrece información y orientación sobre VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, así como canalización a instituciones.
- **CALIDATEL.** Recepción, canalización y seguimiento de sugerencias y quejas del sector salud a nivel nacional. De 8:00 a 20:00 horas.
- **VIDA SIN VIOLENCIA (INMUJERES).** Proporciona información y canalización telefónica, médica, legal y psicológica a mujeres y niños de todo el país en situación de violencia, las 24 horas del día, de manera gratuita y confidencial.
- **VIVE SIN DROGAS (CONADIC).** Orientan y canalizan a personas que se encuentren en situación de crisis por causa de alguna adicción, así como a sus familiares. La modalidad de servir a la población mediante el

teléfono en áreas directamente relacionadas con el bienestar físico, sexual, emocional, psicológico, reproductivo, familiar, legal, etc., se hace cada vez más habitual y necesaria en nuestro país. (Mancera, 2009, p.15-19).

## **2.2 Antecedentes del Programa de Atención Psicológica a Distancia**

### **UNAM**

En la Conferencia “Call Center UNAM, a un año de inicio” el maestro Jorge Álvarez Martínez (Canal DEC Facultad de Psicología UNAM, 2012) menciona que el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM tiene su origen a partir de la emergencia sanitaria provocada por el brote de influenza llamado AH1N1, el cual fue informado el día 22 de abril de 2009 por la Secretaría de Salud.

Durante esta emergencia sanitaria se cerraron actividades por lo que se le solicitó al Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizativos (fundado después de los sismos de 1985 y posteriormente se reactivó en el año de 1997 ante los daños ocasionados por el huracán Paulina en Acapulco) atender la emergencia que afectó a la República Mexicana (Canal DEC Facultad de Psicología UNAM, 2012).

El Mtro. Jorge Álvarez menciona que se tenía un aproximado de entre 45 a 50 colaboradores, entre ellos Rodrigo Arumir quien se dio a la tarea de contactar a Carlos Slim (de la compañía Telmex), que cuenta con un call center para cuestiones comerciales y propusieron que el servicio psicológico se brindara vía telefónica, por lo que se enrutó la línea en cada una de las casas de los colaboradores al momento de detectar una llamada para servicio psicológico.

Durante la emergencia sanitaria se atendieron 2,780 llamadas por lo que el proyecto fue un éxito ya que: 1) ofreció a la población un medio para externar y resolver dudas e inquietudes; 2) brindó atención sin interferir con las medidas sanitarias establecidas; 3) México se posicionó a la vanguardia de atención en Telesalud en América Latina; 4) con las nuevas tecnologías se evitaron contagios entre los voluntarios (Conzuelo, 2021).

Con base al éxito obtenido el 27 de febrero de 2012, con la coordinación del Mtro. Jorge Álvarez, Martínez, se abrió el Call Center UNAM dirigido a la comunidad universitaria de la UNAM y al sector juvenil, ofreciendo atención psicológica, apoyo directo en problemáticas emocionales, de tipo sexual o conductas adictivas y agresivas, entre otras. Álvarez Martínez junto con dos supervisores y veintiún psicólogos entre estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura y estudiantes de posgrado atendían las llamadas. Los buenos resultados y el incremento en la demanda de usuarios generaron la necesidad de abrir con el apoyo del INJUVE (Instituto Nacional de la Juventud) el servicio al público en general (Conzuelo, 2021).

Posteriormente, el Call Center cambio su nombre al Programa de Atención Psicológica a Distancia (PAPD). Desde el 2018, el jefe del PAPD es el Mtro. David Amaya Mora, quien ha realizado una serie de cambios para mejorar el servicio, implementando una sesión única como consejo breve, implementación del enfoque cognitivo conductual, estableciendo un modelo de capacitación y supervisión de casos (Conzuelo, 2021).

### **2.3 Intervención en crisis**

Para abordar la siguiente sección empezare primero por definir el concepto de pérdida, para poder explicar la crisis y luego el concepto de crisis, esta se refiere a la situación de perdida de personas, cosas o representaciones



mentales que pone en marcha reacciones afectivo-cognitivo-conductuales y, en términos generales, los procesos de duelo y duelo (Tizon, 2009).

### **2.3.1 Definición de crisis**

Se inicia con la exploración de la definición de crisis, en chino la palabra crisis “Wei Ji”, está formada por dos caracteres. El primero es Wei, que significa peligro y el segundo es Ji, que significa oportunidad. (Martínez, 2018, p. 14).

El concepto de crisis, desde el término formal que le otorga el diccionario de la Real Academia Española, señala un “cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados” (RAE, 2019, definición 1), lo que indica la posible evolución en la percepción que tiene el individuo con relación a sí mismo o su entorno. (Carrasco, 2021, p. 29).

Ninguna persona está exenta de una situación de crisis cuando se transita por el ciclo de la vida, esta se puede definir como un desequilibrio temporal donde la persona cuenta con pocos recursos para enfrentar determinada situación. A continuación, se presentan las definiciones de diversos autores:

Lillibridge Y Klukken (1978) definen una crisis como una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico.

Gerald Caplan (1964) definió la crisis como la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad. (Rubin & Bloch, 2000, p. 30-31).

De acuerdo con Slaikeu (1996) “una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo” (citado en Martínez, 2018, p. 14).

Por su parte, Fernández y Rodríguez (2002) definen crisis como un periodo de oportunidad tanto para el desarrollo personal (si hay una resolución satisfactoria) así como de peligro, ya que aumenta la vulnerabilidad del individuo para los trastornos mentales. Benveniste (2000) dice al respecto que una crisis psicológica se presenta cuando un evento traumático sobrepasa la capacidad que tiene la persona para sobrellevarlo como lo hace cotidianamente. Swanson y Carbon (1989, citado en Martínez, 2018, p. 14-15) realizan una revisión documental en la que manifiestan que:

1. Las crisis son acontecimientos normales en la vida, en donde el individuo busca restablecer su equilibrio personal y el de su entorno.
2. Un acontecimiento externo o interno puede ocasionar estrés que desencadena en una crisis.
3. Lo que genera una crisis puede ser un solo hecho trágico o una acumulación de acontecimientos menos graves.
4. La dificultad de la crisis se relaciona con la percepción del individuo, y no se relaciona con la gravedad del estresor.
5. La situación en crisis es un evento autolimitado que va de 4 a 6 semanas y que se puede resolver de forma adaptativa o desadaptativa.

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

### **2.3.2 Tipos de crisis**

Slaikeu (1996 citado en Madrigal, 2017, p. 19) propone la existencia de dos tipos de crisis:

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

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

#### **2.3.4 Respuesta ante la crisis**

La respuesta de crisis general es evocada por una situación inesperada y posee las siguientes características:(Rubin & Bloch, 2000, p. 35).

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

El tipo y la forma de la respuesta del individuo será en función de la interacción del individuo, el evento y el ambiente. También su relación con la

historia previa, la fase del desarrollo y otros factores de riesgo. (Rubin & Bloch, 2000, p. 35).

## **2.4 Intervención de primera instancia: Primeros auxilios psicológicos**

Se consideran los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) aquellas primeras intervenciones que, sin ser estrictamente formales, se producen ante cualquier circunstancia que la persona afectada percibe como desbordante y que tienen como objetivos principales amortiguar los primeros efectos de la situación, proporcionar recursos de contención ante la misma y prevenir que el cuadro empeore.

Muñoz, Austin y Pérez - Santos (2007) los definen como “un grupo de intervenciones psicológicas tempranas, breves y prácticas orientadas a paliar y prevenir los efectos psicológicos de los eventos traumáticos a corto, medio y largo plazo”. (Martín & Muñoz, 2009, p. 13).

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

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

seleccionados y capacitados para brindar dicho apoyo (Madrugal, 2017, p. 20). En la Tabla 1 se presentan los objetivos del PAP.

**Tabla 1. Objetivos de los PAP**

- Permitir la expresión emocional
- Conectar emocionalmente con la persona
- Análisis realista de la situación
- Reducir el riesgo de daño físico o psicológico
- Normalizar las reacciones ante el suceso
- Proporcionar técnicas de contención y afrontamiento
- Derivar hacia tratamientos más estructurados sí es necesario
- Prevenir el empeoramiento de la situación
- Amortiguar el impacto de la situación
- Reducir el malestar psicológico.

Fuente: Martín & Muñoz (2009, p. 14).

Es importante hacer algunas consideraciones respecto a los objetivos mencionados de acuerdo con Martín & Muñoz (2009) en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Consideraciones a los Objetivos de los PAP.**

<p>1. Permitir la expresión emocional</p> <p>2. Conectar emocionalmente con la persona</p>	<p>El objetivo, inicialmente, es la conexión emocional; para ello es necesario que haya lugar para la expresión de las propias vivencias con sus correspondientes implicaciones y una predisposición de la escucha activa por parte de quien recibe la información, las principales habilidades son la escucha activa y la empatía.</p>
<p>3. Análisis realista de la situación</p>	<p>El siguiente objetivo es proporcionar una visión realista de la situación, para hacer el análisis habrá que recabar la mayor cantidad de información posible a través de una buena escucha y poner en marcha los mecanismos más oportunos para contrarrestar errores cognitivos.</p>
<p>4. Reducir el riesgo de daño físico o psicológico</p>	<p>Este objetivo se refiere a prevenir el daño físico y emocional, el pensamiento emocional es el que tiene menos probabilidades de ocurrir, por lo tanto, será más fácil que la persona tome sus decisiones en base a los hechos que percibe como realidad de la crisis.</p>

5. Normalizar las reacciones ante el suceso	Consiste en ayudar a la persona a distinguir cuales, de las reacciones, entran dentro de la normalidad del problema y cuales se pueden considerar patológicas.
6. Proporcionar técnicas de contención y afrontamiento	Estas técnicas tienen como objetivo proporcionar la sensación del control del malestar y las circunstancias.
7. Derivar hacia tratamientos más estructurados sí es necesario	Se debe tener en cuenta que al brindar PAP hay una posibilidad de brindar más adelante una intervención más estructurada.
8. Prevenir el empeoramiento de la situación	Detectar posibles riesgos, orientando a la persona hacia acciones que pueden serle beneficiosas y aquellas que puedan suponer una complicación.
9. Amortiguar el impacto de la situación 10. Reducir el malestar psicológico.	Para finalizar amortiguar el impacto de la situación y reducir el malestar es el resultado de todos los objetivos.

A continuación, se presentan los componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos: (Mosqueda, 2021, p. 9-10)

1. Realización del contacto psicológico: Este primer momento es entendido como la capacidad que tiene el personal del sistema de emergencia para



establecer una relación orientada hacia el respeto por el otro, la comprensión y la solidaridad social. En este primer contacto con la persona en crisis se enfoca a generar y proporcionar un ambiente de confianza, donde la capacidad de escucha activa es el elemento esencial para percibir lo que el individuo siente, piensa y visualiza de esa situación. Es importante considerar que el objetivo de este primer contacto es que la persona sienta que lo escuchan, lo comprenden, elementos que pueden influir en la disminución de la ansiedad, la preocupación y la soledad.

2. Analizar la dimensión del problema: En este punto la tarea del personal del sistema de emergencia es indagar sobre la magnitud del problema, entendiendo que todos los seres humanos son diferentes y que depende de su capacidad de afrontamiento, experiencias y aprendizajes para resolver los problemas que a diario se le presenten. Esta indagación se debe orientar hacia tres áreas específicas: el pasado, el presente y el futuro. El pasado hace referencia a eventos, situaciones, hechos que condujeron al estado de crisis, por ejemplo: muertes, heridas corporales, maltrato intrafamiliar, entre otros. El presente se debe de indagar mediante preguntas quiénes son los principales implicados con la situación traumática; estas pueden proporcionar información sobre el evento, las cuales pueden ser: dónde, cómo, cuándo y por qué. El futuro se orienta a situaciones, dificultades o adversidades que se pueden presentar en un momento determinado (desastres naturales).

3. Sondar las posibles soluciones: -En esta parte el personal del sistema de emergencia podrá identificar previamente las alternativas de solución, tanto para las necesidades inmediatas y primarias como para las que pueden esperar o ser de segundo orden. El objetivo central de este punto es orientar a la persona en crisis a generar alternativas de solución dependiendo de sus necesidades.

4. Asistir en la ejecución de pasos concretos: Uno de los principales fundamentos que debe abordar el sistema de emergencia en los primeros

auxilios psicológicos está enfocado en ayudar a la persona en las crisis a ejecutar la mejor acción específica y determinada según la situación, es decir, brindar un apoyo constante, permanente e implementar conductas facilitadoras que permitan que la persona lleve y trate su crisis.

5. Seguimiento para verificar el proceso: El principal objetivo de este último elemento que compone los primeros auxilios psicológicos es implementar un plan, es decir, un procedimiento el cual permita confrontar el proceso desde el momento de la crisis hasta días después; la verificación de este se puede dar o implementar en dos formas: personal o por teléfono.

## **2.5 Intervención de Segunda Instancia: Terapia para crisis**

Se trata de una terapia con un procedimiento encaminado a la resolución de la crisis a partir de técnicas de intervención que, a diferencia de los PAPS, sólo pueden ser aplicadas por un profesional en salud mental como psicólogos, médicos, psiquiatras o trabajadores sociales (Rodríguez, 2017).

La terapia para crisis, o la intervención de segunda instancia, se refiere a la resolución psicológica de la crisis. Requiere de un entrenamiento mayor, así como mejores aptitudes por parte del personal de salud que la aplique (Aguilar, 2005, citado en Rodríguez, 2017, p.19).

Tiene dos objetivos principales: amortiguar el evento estresante trastornado, y reactivar las capacidades, latentes y manifiestas, de la víctima. Esta intervención se enfoca a la persona, familia o grupo, de manera que se dé un pronto restablecimiento del problema con un tratamiento razonable en cuanto a la persona y las características de la crisis (Alvarado & Carrizosa, 2014, citado en Rodríguez, 2017, p. 19).

La teoría de la crisis asume que, a pesar de la potencialidad de los recursos, la resistencia de cualquier individuo al stress es finita; por lo tanto, cualquier persona, bajo ciertas circunstancias abrumadoras, puede ser incapaz de enfrentarse a dicho stress. En resumen, Caplan y otros seguidores muestran que la crisis no tiene lugar solamente en “los pacientes”, si no que le puede suceder a cualquier persona, en cualquier momento, bajo las circunstancias correctas. Por tanto, la conciben como un proceso en el individuo y no como una enfermedad (Rubín & Bloch, 2000).

La terapia para crisis de Slaikeu (2000) retoma el modelo de Lazarus (1984) al hacer la valoración del funcionamiento CASIC antes y después de la crisis, es decir, antes del suceso precipitante, del suceso que desencadena la crisis, es por esto por lo que es llamada intervención de segunda instancia, ya que tiene lugar después de la ocurrencia de la situación crítica. (Rodríguez, 2017, p. 19).

El Perfil CASIC, es una primera valoración que busca conocer el estado del paciente mediante el examen de cinco funciones psicológicas básicas, en las áreas: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva, que ayude a detectar la gravedad y dimensión del problema (Slaikeu, 1988, citado en INMUJERES, 2011, p. 31). En la Tabla 3 se presenta la descripción del perfil CASIC.

### **Tabla 3. Perfil del CASIC.**

Aspecto Conductual	Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.
Aspecto Afectivo	Sentimientos como ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan.
Aspecto Somático	Funcionamiento físico general, salud, tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la audición, tacto, etc.
Aspecto Interpersonal	Relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos, estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido) y modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc.).
Aspecto Cognoscitivo	Sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno

	irracional, racionalizaciones, ideación paranoide y actitud general hacia la vida (positiva o negativa).
--	--

El modelo de intervención en crisis está compuesto de seis componentes, uno de valoración, cuatro fases de intervención y una de seguimiento (Aguilar, 2005, citado en Rodríguez, 2017, p. 21-22). En la Imagen 1 se presenta el modelo de intervención

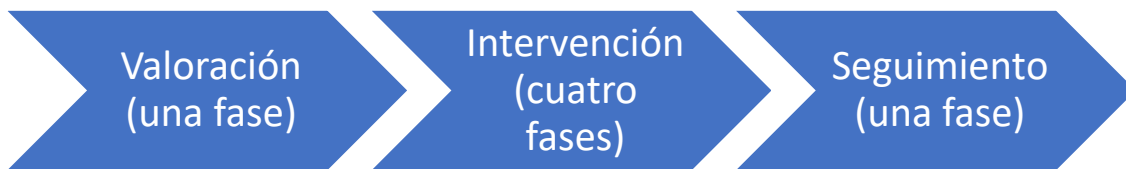


Imagen 1. Modelo de Intervención en Crisis (Aguilar, 2005, citado en Rodríguez, 2017, p. 21-22).

A) Fase de Evaluación.

Debe ser breve, inmediata y centrada. Se enfoca en determinar la urgencia de la crisis (el peligro inmediato para el usuario o para terceros), el grado de desequilibrio psicológico, así como la capacidad del usuario para hacer frente al daño.

B) Fases de intervención.

- a) Supervivencia física. Medidas necesarias para la prevención del suicidio; la herramienta de esta fase son los primeros auxilios psicológicos (PAP).

En medida de lo posible, recomendar dieta, ejercicio, higiene del sueño y adherencia a un tratamiento médico.

b) Identificación y expresión de sentimientos. Comprensión, aceptación y expresión de sentimientos por parte del usuario. La expresión de los sentimientos debe ser de una forma socialmente adecuada para evitar futuras problemáticas cognoscitivas o conductuales.

c) Dominio Cognoscitivo. Indagar el motivo del porqué el suceso condujo a una crisis. El operador debe de funcionar como un moderador de la realidad, ayudarlo a interpretar la información. También se debe comprender cómo el suceso es disonante con las creencias, propósitos o expectativas del usuario, encontrar errores cognoscitivos y provocar en el usuario nuevas conclusiones respecto a lo ocurrido. Finalmente, en esta fase se busca reestructurar conocimientos y constructos destruidos por la crisis, se ayuda al usuario a que construya nuevos conocimientos.

d) Adaptaciones conductuales e interpersonales. Busca la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento.

C) Fase de Seguimiento.

Después de semanas, meses o años más tarde, es necesario evaluar al usuario respecto al sistema CASIC. Se debe poner particular atención en el regreso de la persona al equilibrio, a la reorganización, las capacidades de enfrentamiento, la resolución de problemas y la integración del suceso en la estructura de la vida, así como a la disposición de la persona hacia dificultades en el futuro.

## **2.6 Investigaciones sobre la atención psicológica vía telefónica**

En este apartado se presentan algunas de las investigaciones sobre atención psicológica vía telefónica en los últimos 20 años, tres de ellas son investigaciones en México y las tres restantes son investigaciones de España y Cuba.

### **2.6.1 Intervención Psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid.**

Lucia Andres & Felipe Marín (2004) describieron en este artículo la intervención psicológica realizada desde el Centro de Emergencias 112 y desde el Centro de Coordinación SUMMA 112 tras el atentado en Madrid España ocurrido el 11 de marzo de 2004. En esta investigación el teléfono juega un papel facilitador, tanto para informar como para realizar intervenciones que se analizan posteriormente, así como la afluencia de llamadas en este servicio.

La atención que se realizó en el Centro de emergencias inicio el día 11 de marzo donde el objetivo era brindar información y comunicación de fallecimientos. El teléfono es un instrumento facilitador de la relación de ayuda en intervención en crisis, las siguientes características son las más significativas de acuerdo con el estudio de Andres y Marín (2004):

- La no visibilidad del interlocutor permite una mayor atención.
- Anonimato que facilita una mayor comunicación y conocimiento a profundidad.
- Accesibilidad, ya que el servicio se puede utilizar en cualquier momento.
- El teléfono aproxima a las personas que están separadas físicamente y los usuarios se sienten acompañados.
- La intervención es puntual, no es un procedimiento a mediano o largo plazo.

La intervención del psicólogo se presentó de la siguiente manera: cuando se recibe una llamada en primera instancia la recibe un teleoperador, si está relacionada con el atentado se canaliza a un psicólogo. El objetivo de la pronta intervención es mejorar y contribuir al restablecimiento físico y psicológico, así como prevenir la aparición de trastornos graves.

Las instrucciones y las pautas que se llevaron a cabo para reducir síntomas es el ordenamiento del grado de necesidades de la persona los problemas que deben tratarse de inmediato y los problemas que se pueden posponer, así como el entrenamiento en diferentes técnicas.

El seguimiento permite valorar el estado y los resultados de la intervención dentro del dispositivo de atención telefónica, se detectó la necesidad de extender la asistencia a los domicilios de las personas afectadas, esto debido a la petición de los usuarios, intensidad de sintomatología, dificultades de comunicación, entre otros. Las conclusiones de los autores Andrés y Marín (2004) indican que la intervención psicológica debe ser inmediata y realizarse lo antes posible para mitigar las consecuencias del suceso en los afectados, por tanto, la atención telefónica fue una forma de llegar más rápido a la población. En relación con la comunicación de fallecimientos la utilización del teléfono para este tipo de comunicación no parece adecuada.

### **2.6.2 Intervención en crisis: contratransferencia en Psicoterapeutas Call Center UNAM**

Es una tesis de Israel Rodrigo Sánchez Ontiveros (2014) cuyo objetivo fue realizar un estudio de corte cualitativo para determinar las principales características y rasgos contratransferenciales en psicoterapeutas del Call Center UNAM.



Se contaba con 23 personas laborando; sin embargo, solo participo el 80%; 18 participantes a los cuales se les pidió datos sociodemográficos y se les pidió que mencionaran si en algún caso en particular les había producido un sentimiento empático de tristeza.

De acuerdo con la investigación hubo en algunos psicólogos sentimiento de tristeza sin embargo fue dirigida al paciente y no en función de ellos lo que permitió la alianza terapéutica y una mejor intervención.

### **2.6.3 Estilos de afrontamiento y respuestas emocionales, cognitivas y conductuales en víctimas de infidelidad: aplicación de una intervención en crisis vía telefónica en los usuarios del Call Center UNAM.**

Tesis de Felipe Alejandro Rodríguez Tellez (2017) en la cual el objetivo general de la investigación fue determinar el estilo de afrontamiento que se asume ante la infidelidad, conocer las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales ante este suceso. Así como la aplicación de intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos y terapia para crisis en usuarios del Call Center UNAM.

Se canalizo a los usuarios vía redes sociales por los operadores del Call Center, se aplicó una intervención ante la problemática en donde se evaluó la efectividad de los casos que culminaron el tratamiento. Al inicio de la convocatoria, 54 personas cumplieron el perfil, de estos 26 usuarios tomaron la primera sesión, 18 usuarios de dos a tres sesiones, 8 usuarios de cuatro a seis sesiones y solo 2 usuarios terminaron el tratamiento.

El análisis de datos cuantitativo se dividió en tres fases: el descriptivo sociodemográfico, los perfiles descriptivos de estilos de afrontamiento, las respuestas cognitivas, las emocionales y las conductuales.

Los datos cualitativos fueron categorizados por el programa Atlas.ti. V7.5. Para el análisis cualitativo se tomaron en cuenta la distribución de usuarios por fase de intervención. Sin embargo, se tomó en cuenta la descripción sociodemográfica de cada uno de los participantes, en lo que concierne al tipo de infidelidad sufrida, 13 de los 28 usuarios mencionaron haber sufrido infidelidad mixta, 8 reportaron infidelidad emocional y 7 infidelidad sexual.

Por tanto, los resultados mostraron lo siguiente: 53% de las personas tomaron un estilo de afrontamiento directo, 39% menciono que no rompería la relación y 21% de los usuarios indicaron que era muy probable terminar con su pareja. Esto indica que, independientemente de la decisión que tome cada persona, todos emiten estilos de afrontamiento, por lo que no hay un estilo de afrontamiento ideal, sino que la funcionalidad de este es determinada por el contexto en el que aparece.

#### **2.6.4 Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.**

Tesis de Augusto Martínez Ruvalcaba (2018) cuyo objetivo fue presentar un protocolo de intervención, vía telefónica, para personas con ideación suicida haciendo uso del enfoque cognitivo conductual; así como la evaluación de la eficacia del protocolo mediante una aplicación piloto. El método de investigación fue en dos fases: en la primera, después de la revisión teórica, se comenzó con la redacción del protocolo; y la segunda corresponde a la evaluación del protocolo para saber si cumple o no con los objetivos que se plantea. El protocolo fue utilizado en nueve pacientes mexicanos de la Ciudad de México que llamaron al Centro de Atención Psicológica a Distancia de la Facultad de Psicología: tres mujeres y 6 hombres de entre 25 y 42 años.

Entre los resultados obtenidos (Martínez Ruvalcaba, 2018) indica lo siguiente en los sujetos participantes:

- En el paciente A Hombre, 37 años hubo una diferencia de 4 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente B Mujer, 26 años hubo una diferencia de 3 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente C Hombre, 31 años hubo una diferencia de 3 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente D Hombre, 29 años hubo una diferencia de 3 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente E Mujer, 36 años hubo una diferencia de 4 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente F Hombre, 34 años hubo una diferencia de 2 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente G Hombre, 42 años hubo una diferencia de 4 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente H Mujer, 37 años hubo una diferencia de 3 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.
- Paciente I Hombre, 25 años hubo una diferencia de 4 puntos respecto a la evaluación inicial del nivel de riesgo de suicidio.

Estos resultados indican que existe una reducción en el nivel de riesgo de suicidio posterior a la aplicación del protocolo y esto comprueba que las técnicas cognitivo-conductuales reducen la ideación suicida y la conducta de autolesiones (Martínez Ruvalcaba, 2018).

### **2.6.5 Primera experiencia de atención psicológica en un hospital único de pacientes con COVID**

María del Rocío Gómez Hermoso, Psicóloga Clínica del Servicio de Psicología de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias 112 como Coordinador de IFEMA (Institución Ferial de Madrid) (2020) trasladó el procedimiento de intervención, los datos y su interpretación, así como el futuro sobre nuevas intervenciones psicológicas en una crisis sanitaria epidemiológica.

En marzo del 2020 desde la Gerencia del SUMMA (Servicio de Urgencia y Emergencia Extrahospitalaria de la Comunidad de Madrid) solicitó a los Psicólogos Clínicos que llevarán la coordinación del Servicio de Psicología que se quería implementar en el Hospital de IFEMA. Centro que solo recibiría enfermos de COVID-19. Las intervenciones con estos pacientes tenían como objetivo dar apoyo en momentos de incertidumbre, angustia, pérdida de control, asociados a la situación que estaban viviendo Por lo que realizar una atención inmediata previene el desarrollo de un cuadro de trastorno por estrés postraumático, o la aparición de otras patologías de Salud Mental en el futuro (Gómez Hermoso, 2020).

La intervención telefónica con pacientes era para determinar si se realizaba presencial o bien para realizar seguimientos más habituales. La llamada telefónica solo se podía realizar sí el paciente contaba con un teléfono celular y se podía mantener una entrevista telefónica con él, en caso de no disponer de él acudían presencialmente.

La intervención telefónica con profesionales se realizaba grupal o individual, podía ser telefónica o presencial; el área de intervención con familiares procedía de los médicos al observar alteraciones psicológicas en ellos. Algunas de las situaciones posibles de intervención fueron las siguientes: intervenciones presenciales a familiares cuando el familiar estaba grave y a

punto de morir, familiares con mucha ansiedad bloqueo o tristeza, pacientes con bajo estado de ánimo y a profesionales de la salud. En cuanto a los datos obtenidos se realizaron 444 intervenciones psicológicas en total, que se desglosan en: 140 intervenciones con pacientes ingresados en IFEMA, de las cuales 49 han sido presenciales y 147 telefónicas (Gómez Hermoso, 2020).

En cuanto a los profesionales de la salud se atendieron a 30, se cree que la poca afluencia se debe a las características del personal sanitario, trabajando hasta el desgaste máximo. Ante la experiencia es necesario contar con un servicio de psicología ante la situación de pandemia ya que se podría repetir. La intervención presencial con los familiares fue de gran utilidad ya que recibieron acompañamiento; sin embargo, fue de un bajo índice (el índice de mortalidad en IFEMA fue muy bajo) (Gómez Hermoso, 2020).

En cuanto a la intervención con pacientes resulto de gran utilidad mostrándose mejoría en ellos. Finalmente se menciona que fue una gran experiencia ya que la intervención psicológica fue de gran ayuda en la situación sanitaria que ocurrió (Gómez Hermoso, 2020).

#### **2.6.6 Experiencia del servicio de consejería telefónica a personas con afectaciones psicológicas asociadas al aislamiento social.**

Massiel Machado Díaz, Raida Castañeda Marín, Iraida Gómez Fonseca, Clara Margarita Alonso Manresa & Alina León de la Torre (2021) describen la experiencia del servicio de consejería telefónica a personas con afectaciones psicológicas asociadas al aislamiento social por la COVID-19.

Se realizó un estudio descriptivo del servicio de consejería telefónica para la población con mayores afectaciones psicológicas el cual fue realizado por el Centro de Salud Mental del Distrito Della, provincia de Camagüey, Cuba en el

mes de mayo de 2020. Se recibieron 107 llamadas, por personas cuyo rango de edad abarcó desde los 10 hasta los 93 años, en horario comprendido entre 8:00 a.m. y 6:00 p.m. Las manifestaciones clínicas diagnosticadas durante las llamadas fueron la depresión, ansiedad, violencia, abuso de sustancias entre otras. La población de adultos mayores aportó el mayor número de llamadas (61.6%) las personas mayores pueden volverse más ansiosas, enojadas, estresadas, en especial si están aisladas o tienen algún deterioro cognitivo, la depresión y la ansiedad se hallaron como principales manifestaciones clínicas, con los siguientes porcentajes: 98.1 % y 96.3 % (Machado, Castañeda, Gómez, Alonso y León, 2021).

Se brindó orientación y apoyo positivo; seguimiento al 94.4 %; en cuatro casos se identificaron, además, descompensación de enfermedades psicopsiquiátricas de base, o peligro para la integridad individual. (Machado, Castañeda, Gómez, Alonso y León, 2021).

De acuerdo con el protocolo y del diagnóstico establecido por el profesional aquellas llamadas donde no se pudo resolver el problema vía telefónica se precisó otro tipo de intervención (orientación, vías de contacto con consejos municipales otras instituciones y organismos) (Machado, Castañeda, Gómez, Alonso y León, 2021).

La necesidad de apoyo psicológico en medio de la pandemia constituyó el principal motivo de consulta por parte de las personas que accedieron al servicio (46.7%). La pandemia, siendo una emergencia sanitaria de gran impacto psicosocial, manifestó un incremento de la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales (Machado, Castañeda, Gómez, Alonso y León, 2021).

En conclusión, ante la imposibilidad de acudir a centros especializados en salud mental, debido a las condiciones impuestas por la pandemia, la consejería

vía telefónica permitió que un grupo considerable de personas recibiera ayuda psicológica respaldada por profesionales capacitados, en correspondencia con las necesidades individuales. (Machado, Castañeda, Gómez, Alonso y León, 2021).

### **2.6.7 Diseño de una Brigada de Atención Psicoemocional a distancia durante la Pandemia por Covid-19.**

José Manuel Bezanilla, Jorge Álvarez, Hilda Elena Esquivel y María Amparo Miranda (2021) describen la experiencia de la Brigada de Atención Psicoemocional a distancia durante la Pandemia por COVID- 19. El 17 de noviembre de 2019 se detectó el primer caso de Covid-19 en la provincia de Hubei, pero fue hasta el 31 de diciembre que China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 30 de enero la OMS declaró el brote como un padecimiento de interés internacional; sin embargo, fue hasta finales de febrero del 2020 cuando se detectó el primer caso de COVID-19 en México. La mayoría de los países implementó medidas de aislamiento y distanciamiento social, el gobierno mexicano implementó el 23 de marzo la “Jornada Nacional de Sana Distancia” con la que se pretendía reducir la tasa y la velocidad de contagios, está consistía en la suspensión de clases a nivel nacional, las actividades no esenciales, eventos sociales y culturales que pudieran generar aglomeraciones y movimiento masivo de personas.

A partir de las primeras noticias de confinamiento, el alto índice de contagios, fallecimientos, el conocimiento de los efectos de aislamiento, los altos niveles de estrés, el equipo de Psicólogos Sin Fronteras México (PSFMx) comenzó a trabajar juntamente con el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (PIC),

para el diseño e implementación de una “Brigada de Atención Psicoemocional a Distancia por COVID-19” (Bezanilla, Álvarez, Esquivel y Miranda, 2021).

Siendo el Comité Operativo el máximo órgano de coordinación de la brigada ,detrás de este hubo dos instancias, una Coordinación General a cargo de la Presidencia de Psicólogos Sin Fronteras México y otra Coordinación Operativa a cargo del Mtro. Jorge Álvarez<sup>†</sup>, fundador y encargado del Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM (PIC); en otro nivel estructural se encontraban los comités de comunicación y medios, capacitación, supervisión clínica y logística respectivamente (Bezanilla, Álvarez, Esquivel y Miranda, 2021).

El comité de capacitación elaboró, en conjunto con el Departamento de Formación Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría, el “Manual operativo del Curso Emergente para la brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a Distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México”, otra de las estrategias de capacitación fue el diseño del curso en línea que se dio en la plataforma Google Classroom, los facilitadores grabaron las clases y los videos se subieron a YouTube, el curso que se montó también se impartió de manera gratuita en la plataforma de la Coordinación de Universidad Abierta y a Distancia (CUAED) de la Universidad Nacional Autónoma de México (Bezanilla, Álvarez, Esquivel y Miranda, 2021).

La primera convocatoria para Brigadistas se lanzó públicamente en internet y redes sociales el 18 de marzo de 2020, los requisitos fueron: ser psicólogo titulado y acreditar el curso de capacitación, respondieron 472 psicólogos voluntarios, de los cuales solo cumplieron los requisitos para la capacitación 154 y acreditaron el curso 110. La Brigada brindo un servicio de 12 horas, de 8 de la mañana a 8 de la noche, conformado por 4 turnos de 3 horas de lunes a domingo con media hora de ventilación emocional para los brigadistas al cierre de cada turno. (Bezanilla, Álvarez, Esquivel y Miranda, 2021).



Por lo tanto, se recurrió a la contratación de un conmutador virtual basado en España, que proporcionaba 10 líneas de interconexión con un periodo de prueba gratuito de 3 meses, ante las dificultades para la recepción de llamadas, y por medio de una colega que habita en Francia. Se obtuvo el contacto de un servicio de conmutador mexicano, que proporciona un descuento significativo, además de contar con un servicio estable de operadoras que enlazaban la llamada con el brigadista y de permitir rescatar, y en su caso devolver, la comunicación al paciente. Este servicio funcionó mientras estuvo activa la brigada (Bezanilla, Álvarez, Esquivel y Miranda, 2021).

La brigada ofreció fundamentalmente tres servicios: Intervención en crisis, información general y referencia a servicios especializados. Está se dividió en dos etapas que se describen a continuación. La primera etapa de la brigada después del cambio de conmutador duró hasta el 7 de mayo del 2020, donde se prestó el servicio de manera continua durante todos los turnos de 8 de la mañana a 8 de la noche de lunes a domingo. Esta primera etapa arrancó con 109 operadores, se recibieron poco más de 800 llamadas siendo el 78.5% solicitudes de intervención en crisis el 37.5% de los usuarios se enteraron de la Brigada por medio de conocidos, lo que puede conjuntarse con el 12.5% de quienes mencionaron haber recibido la información por medio de un mensaje de WhatsApp (Bezanilla, Álvarez, Esquivel y Miranda, 2021).

Los siguientes datos se obtienen de la primera etapa de la Brigada:

- El principal motivo para solicitar el servicio de la Brigada fue la “Crisis” que presentaban las personas ante la contingencia sanitaria, con un 78.5%, mientras que el 19% llamaban solicitando información y el 2.5% llamó por una “urgencia” por ejemplo riesgo suicida.
- El 71.7% de los usuarios del servicio fueron mujeres, mientras que el 28.3 % fueron hombres.
- La ocupación de quienes solicitaron la atención fue variada, destaca el 14.3% de pequeños comerciantes, el 12.2% de personas haciendo trabajo en su hogar, así como el 10.2% de empleados asalariados.

También solicitaron atención trabajadores de salud, estudiantes, docentes y servidores públicos.

- El 82.4% de las personas que solicitaron el servicio llamaron desde su domicilio, el 9.8% del domicilio de un familiar y un porcentaje menor llamaron de “la calle”.
- El 90.9% de las personas solicitantes del servicio se encontraban sin ningún síntoma de enfermedad, mientras que porcentajes menores de usuarios llamaron presentando enfermedad respiratoria aguda, con sospecha de síntomas de COVID-19, con sospecha de familiares contagiados o con un diagnóstico de COVID-19 confirmado y activo.
- El 23% presentaba síntomas de angustia, el 22% de estrés, el 20% de ansiedad y el 18% algún tipo de preocupación adicional.
- El 36.6% reportaron que, al momento de llamar, contaban con recursos suficientes para solventar sus necesidades. Es importante destacar que el 19.5% se encontraban sin ingresos, mientras que el 17.1% mantienen ingresos insuficientes, lo que en conjunto abarca al 36.6% de quienes se comunicaron con la brigada.
- De las personas que solicitaron el servicio, el 63.6% mantenían un alto nivel de aislamiento, mientras que el 13.6% tomaban medidas de precaución, pero salían a realizar diversas actividades y el 9.1% seguían haciendo su vida normal.
- A las y los usuarios del servicio se les preguntaba el grado en el que sentían que la pandemia les estaba afectando, donde uno era nada y diez que el grado de afectación era mucho: el 65.9% (aquellos que respondieron 8, 9 y 10) hayan reportado tener un alto nivel de afectación.

En la segunda etapa de la brigada, hubo una incorporación de operadores y responsables de turno, se trabajó con 208 operadores a partir del 11 de mayo del 2020. Respecto a los usuarios del servicio se mantuvo la mayoría de las mujeres con el 73.1%, el 44.8% contaban con estudios de licenciatura. Los resultados de esta etapa son los siguientes:

- El 81.6% de las llamadas recibidas fueron por alguna situación leve o moderada de crisis emocional, y menos del 10% se recibían de urgencia o por alguna situación grave.
- Los principales motivos de las llamadas fueron el incremento y fallecimiento de familiares, adolescentes estresados o con conflictos intrafamiliares, alteraciones en los hábitos de sueño y hábitos alimenticios, depresión por el aislamiento y conflictos de pareja.
- Otros datos relevantes son que el 50% mantenían cierto nivel de preocupación por la situación económica, el 79% tenían la posibilidad de permanecer en casa para no ponerse en riesgo y el 56.7% empleaban el transporte público para trasladarse; mientras que el 80% de los usuarios mantenían una red de apoyo social y familiar fuerte y activa.
- El 44.9% recibieron contención emocional, al 30.6% se les dio orientación psicológica y al 14.3% se les brindó apoyo por problemas económicos y laborales, al 8.2% se les brindó apoyo por síntomas de ansiedad clínicamente significativos y en algunos casos se brindó atención ante riesgo suicida.

En resumen, la ayuda solidaria de los mexicanos se mostró en la disposición de los psicólogos para capacitarse y brindar atención, la forma en la que se presentó la pandemia. Los casos que se atendieron y las secuelas son un claro ejemplo del olvido de la Salud Mental en México, tanto a nivel educativo como preventivo ya que no había un reconocimiento pleno del psicólogo como profesional de la Salud Mental. El trabajo en conjunto de un amplio número de profesionales de la psicología tuvo interacción con distintas instancias e instituciones, lo que requiere de una amplia capacidad de gestión, negociación y articulación de miradas (Bezanilla, Álvarez, Esquivel y Miranda, 2021).

### **Capítulo 3. Terapia cognitivo- conductual.**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido, en las últimas tres décadas, en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no sólo por su capacidad para resolver problemas, sino por hacerlo, además, de una forma que resulte rentable en términos de coste-beneficio al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 24).

La TCC se muestra, por tanto, con capacidad para atender de la mejor forma las necesidades sociales de intervención, tanto en el ámbito de la salud en general, como en el área educativa, industrial o comunitaria (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 24).

#### **3.1 Definición**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliado su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (e.g. psicología evolutiva, social, cognitiva, etc.) (citado en Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 32).

La terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006, citado en Álvarez, López & Sánchez,2018, p.115).

Dennis (2005, citado en Álvarez, López & Sánchez,2018, p.116) dice que la terapia cognitivo-conductual: es una forma de psicoterapia que pretende modificar a través de sus distintas técnicas la percepción que la gente tiene de la situación de su vida como una manera de modificar su conducta, para este tipo de terapia muchos de los problemas psicológicos surgen de los pensamientos fallidos o distorsionados y que por tanto al modificarlos podrán aliviarse los síntomas.

### **3.2 Características**

Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad de acuerdo con Ruiz, Díaz & Villalobos ,2012, p. 33):

1. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido.

Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.

2. Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo.

Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnósticos hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia los problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado.

La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual.

### **3.3 Terapia de Primera Generación**

Se le considera a la terapia conductual, o también llamada modificación de la conducta, como una variedad de técnicas específicas desarrolladas a partir de diversos paradigmas, por ejemplo, desensibilización sistemática basada en el condicionamiento clásico, tratamientos de modelado establecidos en el aprendizaje de la observación, entrenamiento para la autoinformación y

biorretroalimentación basados en el condicionamiento operante (Kendall y Norton, 1988 citado en Antúnez, 2012, p. 8).

### **3.3.1 Desarrollo histórico**

Los intentos por ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la TCC tienen una larga historia. Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Averyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 34).

La fundación, logros y proliferación de la Terapia de Conducta han sido ampliamente alimentados por la fundamentación de este movimiento psicoterapéutico en los principios y teorías conductuales (Plaud, 2003, citado en Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 36). Entre ellos, las aportaciones de la investigación sobre aprendizaje de principios del siglo XX son consideradas los cimientos básicos que permitieron el anclaje posterior de la estructura de la TCC, y siguen siendo, al día de hoy, elementos esenciales en muchos acercamientos terapéuticos cognitivo - conductuales.

Kazdin (1978, citado en García, 2016, p. 58) estudió el desarrollo histórico de la TC, sus inicios y su asentamiento en los campos de la ciencia y de la salud. Krasner (1982, citado en García, 2016, p. 58) elaboró también las redes sociológicas y científico-históricas del origen de la TC. Los fundamentos teóricos de la TC son denominados por más de uno como "anticuados". Sin embargo, para todo amante de la TC, se convierten en un programa obligatorio que comienza en la línea de salida con los condicionamientos clásico y operante. La

diferencia entre ambos se centra en las consecuencias de la respuesta o conducta.

Para el clásico, la conexión estímulo - respuesta es independiente de las consecuencias. Para el segundo, esa conexión depende de las recompensas (refuerzos) o castigos que siguen a las respuestas o conductas. El condicionamiento clásico o respondiente es un aprendizaje común con la escala animal. Numerosas conductas involuntarias de tipo visceral y muscular responden a este aprendizaje. De ahí, que estas conductas se denominen, a su vez, respondientes, porque son respuestas automáticas. En este proceso están los trastornos, como las fobias o los síntomas psicósomáticos. (García, 2016, p. 58-59).

A manera de síntesis, se ubicarán tres momentos históricos que contribuyeron al desarrollo de la modificación de la conducta (Ross, 1987, citado en Antunez, 2012, p. 9):

En primer lugar, entre 1896 y 1938 es el período que se caracteriza a nivel teórico por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituirá el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la modificación de conducta. De acuerdo con lo anterior, el objeto de estudio de la psicología es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike.

El condicionamiento clásico es un aprendizaje asociativo que puede emplearse positiva o negativamente, y hasta cierto punto es limitado, porque sus respuestas son parecidas a las innatas, pero tiene un poder similar al acto reflejo, que aparece desde el inconsciente. Muy distinto es el siguiente condicionamiento, el operante, con el que el organismo o el individuo aprenden



a manejar más conscientemente la relación entre su conducta y el entorno. (García, 2016, p. 59).

En el condicionamiento instrumental u operante, el organismo "opera" sobre el medio, para producir diferentes consecuencias. También se llama instrumental, dado que la conducta del animal es el "instrumento" para lograr lo que desea. El término "instrumental" suele asociarse con Thorndike, quien puso las bases del condicionamiento con sus tres leyes de ejercicio, disposición y efecto y el de "operante" con Skinner, que elaboró más a fondo el concepto. (García, 2016, p. 59-60).

En segundo lugar, se ubica el desarrollo de las teorías neoconductistas del aprendizaje, entre 1938 y 1958, resaltando el modelo de trabajo de Skinner, que supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales siéntanse tienen las bases de intervención. De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. (Ross, 1987, citado en Antunez, 2012, p. 9):

Skinner (1950, citado en García, 2016, p. 60) sitúa la respuesta o conducta entre dos influencias ambientales: las que le preceden (antecedentes) y las que le siguen (consecuentes). Presenta la relación como Antecedente-conducta-Consecuencia o A-B-C. El modelo se basa en la contingencia de esos tres términos y todos los procedimientos que se derivan están sujetos a unos procesos básicos, como el refuerzo y los reforzadores, los programas de refuerzo, el principio de Premack, el castigo, la generalización, la discriminación y la extinción.

Por último, entre 1958 y 1970 se delinearán como el de consolidación, ya que la modificación de conducta se aplica con grandes resultados a problemas que, hasta el momento, no eran abordadas con éxito, como es el caso del

lenguaje, retraso mental, delincuencia y autismo, entre otros, así mismo, en este momento de la psicología conductual se le da más peso al campo de la aplicación que al teórico, además de que centra su atención en procesos cognitivos como son la memoria, la percepción y la atención, en lugar de los procesos de aprendizaje y de condicionamiento (Ross, 1987, citado en Antunez, 2012, p. 9):

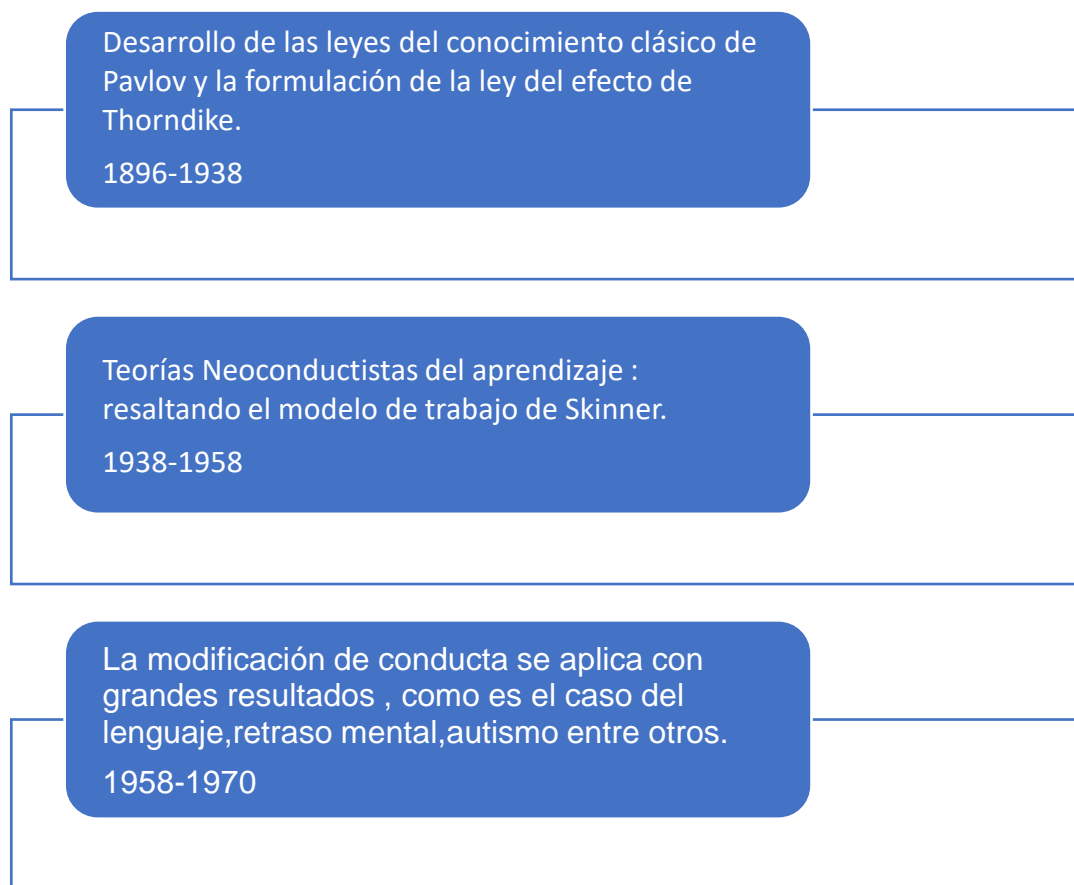


Imagen 2. Desarrollo histórico que contribuyó al desarrollo de la modificación de la conducta (Ross, 1987, citado en Antunez, 2012, p. 9)

### 3.3.2 Técnicas de la Terapia Conductual

La terapia conductual o modificación de la conducta estarán íntimamente relacionadas con los principios básicos de las teorías conductuales,

principalmente el conductismo clásico y el conductismo operante. (Antunez, 2012).

### **3.3.2.1 Encadenamiento**

Kazdin (2000) señala que el encadenamiento se refiere a desarrollar una secuencia de respuestas en orden inverso, de modo que la última respuesta en la secuencia se desarrolla primero, la anterior a la última respuesta se entrena en segundo lugar, y las respuestas restantes se entrenan en orden inverso a su ejecución, una vez que la secuencia se ejecuta es decir es el desarrollo de una conducta compleja mediante el entrenamiento individual en orden inverso de los componentes de la conducta.

El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta, a partir de otras más sencillas que ya existen en el repertorio del sujeto, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. Se busca conseguir una unidad funcional que se compone de elementos conductuales preexistentes, de manera que éstas se unan a nuevas conductas (Antunez, 2012, p. 11).

### **3.3.2.2 Modelamiento**

El proceso básico del modelamiento consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes (vivos) o filmados (simbólicos) que demuestren las conductas que el cliente habrá de adoptar.

Hay cuatro funciones básicas que proporcionan los procedimientos de modelamiento: (Rimm y Masters, 1981, p. 146):

1. A través de la observación de un modelo un cliente puede aprender patrones de conducta nuevos y apropiados, por lo que el modelamiento puede servirle como función de adquisición.
2. Es más probable que la observación de la conducta de un modelo en situaciones diversas proporcione facilitación social de las conductas apropiadas, por la inducción del cliente a efectuar dichas conductas, de las que era capaz previamente, en tiempos más adecuados, de manera más apropiada o hacia gente más idónea.
3. Es posible que el modelamiento conduzca la desinhibición de conductas que el cliente ha evitado a causa del miedo o la ansiedad.
4. Y, mientras desinhibe comportamientos, el modelamiento puede promover el sustituto o la extinción directa del miedo relacionado con la persona, animal u objeto hacia el que la conducta estaba dirigida.

### **3.3.2.3 Extinción**

La extinción se refiere al retiro del reforzamiento de una conducta previamente reforzada, por lo que una respuesta bajo extinción decreta en frecuencia hasta que regresa el nivel previo al reforzamiento o se elimina. La extinción se emplea en escenarios de aplicación para conductas mantenidas mediante reforzamiento positivo, en tales casos, eliminar la conexión entre la conducta (por ejemplo, los berrinches) y el reforzamiento positivo (por ejemplo, la atención paterna) puede ayudar a reducir o eliminar la conducta. (Kazdin, 2000, p. 211).

Existen otros usos de la extinción para respuestas desarrolladas o mantenidas por reforzamiento negativo, estas últimas aplicaciones se refieren a conductas ejecutadas con el fin de escapar o evitar consecuencias aversivas. (Kazdin, 2000, p. 211).

### **3.3.2.4 Economía de Fichas**

Es una técnica psicológica que busca aumentar, entrenar o crear conductas buenas, deseables y positivas. Asimismo, también sirve para intentar disminuir conductas que no son deseables y positivas. Es muy útil cuando queremos generar una motivación e interés hacia actividades que pueden no resultar atractivas para determinadas personas.

### **3.3.2.5 Técnicas aversivas**

Después de que se ha realizado una respuesta, puede aplicarse un evento aversivo como una tunda o una reprimenda. Existen dos tipos de eventos aversivos: estímulos aversivos primarios y secundarios - o condicionados-. Los eventos aversivos primarios lo son de manera inherente, por ejemplo, un choque eléctrico, ataque físico intenso, luces brillantes y ruidos fuertes son estímulos aversivos primarios y sus propiedades aversivas no son aprendidas. Los estímulos aversivos secundarios o condicionados, adquieren sus propiedades aversivas al aparecerles con eventos que ya son aversivos, por ejemplo, la palabra no actúa como un estímulo aversivo condicionado para muchos individuos y adquiere su valor aversivo al aparecerse con otros eventos aversivos como el dolor físico o pérdida de privilegios. (Kazdin, 2000, p. 175).

Las aplicaciones de las técnicas aversivas son numerosas, desde la eliminación de malos hábitos, hasta el control de conductas no aceptadas, no obstante, se debe considerar en dichas técnicas el aspecto ético, dado que puede existir relatividad en lo que se considere como inadecuado (Kazdin, 1996, citado en Antunez, 2012, p. 14).

### **3.3.2.6 Contratos conductuales**

Un contrato conductual es un documento escrito que explicita las acciones con las que el cliente esté de acuerdo en realizar, estableciendo las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo; tal procedimiento implica el intercambio recíproco de recompensas contingentes en relación con las conductas específicas de los firmantes del contrato. Los contratos son especialmente útiles para personas con escasa capacidad de autorreforzamiento (Antunez, 2012, p. 14-15).

### **3.3.3.7 Técnicas de autocontrol**

Los patrones de autocontrol pueden desarrollarse mediante técnicas de modificación conductual para lograr fines terapéuticos específicos. Muchas de las técnicas relevantes para entrenar a la gente, controlar su propia conducta pueden identificarse, estas son control de estímulos, automonitoreo, autorreforzamiento y autocastigo, entrenamiento de respuesta alternativa, biorretroalimentación y manuales de autoayuda (Kazdin, 2000, p. 268).

Los programas de autocontrol tienen como objetivo que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta. Se trata de hacer que el sujeto asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario. (Antunez, 2012, p. 14-15).

### 3.3.2.8 Técnicas de modelado

Es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como un estímulo para generar la misma conducta en otras personas que observan la actuación del modelo. El procedimiento básico del modelamiento es muy simple, consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes o filmados que exhiben los comportamientos (Antunez, 2012, p. 15).

El modelado puede utilizarse para las siguientes funciones: (Villena, 2000, p. 17)

- a) Adquisición de nuevos repertorios de conductas o habilidades
3. Inhibición o desinhibición de conductas que poseían el sujeto en su repertorio.
  - b) Facilitación de conductas que no se emiten por falta de estímulos inductores, no por falta de habilidad o procesos de inhibición.
  - c) Incremento de la estimulación ambiental.
  - d) Cambios en activación emocional y valencia afectiva. La observación de modelos que exhiben respuestas emocionales provoca un nivel de activación emocional similar en el observador.

Tal y como expone Bandura (1968, 1988, citado en Villena, 2000, p. 18), el modelado supone los siguientes subprocesos:

1. La atención a las conductas del modelo
2. La retención en la memoria de las acciones observadas
3. La reproducción para mejorar la calidad de la actuación
4. Motivación para emitir los patrones de conducta adquiridos en las situaciones apropiadas.

### **3.3.2.9 Técnicas de autoinstrucción**

El entrenamiento en autoinstrucciones supone instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento (Antunez, 2012, p. 16).

## **3.4 Terapia de Segunda Generación**

El modelo cognitivo – conductual parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente, los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. (Meinchenbaum, 1998, citado en Antúnez, 2012, p. 17).

### **3.4.1 Desarrollo histórico**

Se parte del supuesto teórico de que la psicoterapia conductual del pensamiento filosófico concierne al problema "mente - cuerpo", por lo cual los estoicos sostenían que se puede alcanzar la libertad y la tranquilidad guiándose por los principios de la razón y la virtud. Por otro lado, Aristóteles sostuvo que el conocimiento procede de los sentidos que dotan a la mente de imágenes que se asocian entre sí según tres leyes: la contigüidad, la similitud y el contraste. Más tarde los empiristas ingleses del siglo XVII, resaltan las nociones de que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que, para adquirir un nuevo conocimiento, hay que liberarse de prejuicios, de igual manera Kant introduce el



concepto de “esquema cognitivo” (Meinchenbaum, 1998, citado en Antunez, 2012, p. 18).

Dichas raíces filosóficas influyeron para la integración de un enfoque definido como teoría cognitiva conductual, donde la teoría cognitiva se enmarca en el idealismo y el racionalismo, mientras que el conductismo lo hace en el materialismo y el empirismo. En el proceso de la construcción de la psicoterapia cognitivo conductual se evidencia la necesidad de tomar en cuenta los pensamientos y las manifestaciones de éstos a pesar de que sean evidentes, por lo que la construcción de mecanismos e instrumentos que permitan al terapeuta vincular los esquemas cognitivos y la conducta fundamentan el enfoque cognitivo conductual (Mahoney y Freeman, 1988, citado en Antunez, 2012, p. 18).

Como se puede ver, las bases del modelo cognitivo conductual se centran en cubrir los aspectos fundamentales de los pensamientos y las acciones, en tanto, la integración de esquemas de intervención, en estos dos aspectos, cubren la demanda de la problemática “mente – cuerpo”. De manera sintetizada, en (Kazdin 1989, citado en Antunez, 2012, p. 18), se puede destacar el proceso de desarrollo y fundamentos teóricos en la terapia cognitivo conductual, el cual, descansa sobre cuatro pilares básicos, en los que se desprende: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. De lo anterior, se puede resaltar que el modelo cognitivo – conductual no sólo se basa en las estructuras individuales de conducta y emoción, sino que trasciende a la vinculación de la persona con su medio externo, es decir, retoma el aprendizaje.

Numerosos autores comenzaron a trabajar con enfoques cognitivos, por ejemplo, Kelly y Bandura en donde se hablarán del modelo cognitivo – conductual hacia los años setenta, ubicando a autores como Albert Ellis y Aaron Beck, los cuales se formaron en el psicoanálisis y que abandonan esta escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos,

como la práctica psicoterapéutica no se correspondían a los postulados de aquel modelo (Antunez, 2012).

A comienzos de 1960, nacen los primeros intentos serios de ampliar el modelo de estímulo-respuesta, por medio del estudio de los procesos internos. Mahoney y Arnkoff (1978) efectuaron una revisión de las terapias cognitivas y de autocontrol, muy comentada posteriormente, y resumieron así sus ideas básicas: a) el organismo humano reacciona, sobre todo, a la representación cognitiva interior de su entorno y no al entorno en sí; b) estas representaciones están unidas funcionalmente con los procesos de aprendizaje; c) el aprendizaje humano se transmite, en gran parte, cognitivamente y, d) los pensamientos, los sentimientos y la conducta son interactivos y se condicionan mutuamente. (García, 2016, p. 68).

Partiendo de todos estos principios y modelos o de otros similares, se produjo un aluvión de trabajos sobre la terapia cognitivo-conductual: 1. Métodos encubiertos. 2. Métodos de reestructuración cognitiva. 3. Terapias de habilidades de enfrentamiento. 4. Solución de problemas y 5. Autocontrol (García, 2016, p. 68).

Dos de los pioneros más productivos e influyentes de la terapia cognitiva, son Beck y Ellis, cuyo trabajo proporciona las bases de este análisis histórico, compartieron la idea de que la mayoría de los trastornos derivan de cogniciones erróneas o de un procesamiento cognitivo erróneo, y el remedio reside en acciones correctivas (Riso, 2006, citado en Obando y Parrado, 2015, p. 55).

Beck postula la teoría cognitiva y Ellis la Terapia Racional Emotiva Conductual; ambas comparten objetivos similares: corregir, desactivar, modificar los errores del procesamiento cognitivo, sin dejar a un lado totalmente la terapia comportamental, puesto que sigue siendo un medio para adquirir información. De esta manera la Terapia Cognitiva Conductual utiliza tanto el modelo molar

como el molecular, puesto que tiene en cuenta e incluye toda la historia del sujeto y como se decía anteriormente la cognición; por ejemplo, en las prácticas psicoterapéuticas, pueden llegar sujetos con esquemas nucleares erróneos sobre la concepción de sí mismo, pero también problemas conductuales, como una adicción (Obando y Parrado, 2015, p. 55).

### **3.4.2 Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual**

Fontaine (1981, citado en Antunez 2012, p. 19), establece que las características de la terapia cognitivo – conductual están arraigadas a sus raíces filosóficas de la tradición emocional y de las conductas, por lo que las aplicaciones engloban las características biológicas, sociales y emocionales del individuo en cualquiera de las modalidades de aplicación. A partir de esto, se puede ubicar a la terapia cognitivo - conductual como un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida.

#### **3.4.2.1 Reestructuración cognitiva**

La reestructuración racional cognoscitiva o sistemática se dirige a la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del paciente. Desarrollada a partir de la terapia racional emotiva Ellis (1974, citado en Slaikeu, 1996, p. 291-292), la meta es ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad para evaluar los incidentes potencialmente trastornantes de una manera más realista. Existen pocos enfoques para la reestructuración cognoscitiva, todos los cuales son muy similares.

Cuando las cogniciones, valores o actitudes del paciente inhiben las respuestas asertivas, es provechosa la reestructuración cognitiva, el desafío de las creencias irracionales y el análisis de las expectativas acerca de los efectos del nuevo comportamiento asertivo de los demás.

Deffenbacher (Mendoza, 2010, citado en Lopez & Ortega; 2019, p.11-12) señala que en reestructuración cognitiva se deberán superar los procesos que corresponden a las siguientes distorsiones cognitivas:

- Adivinación. Se refiere al proceso de realizar cálculos erróneos sobre la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos.
- Abstracción selectiva. Ocurre cuando el paciente hace una atribución errónea a la causa de su emoción, tomando en cuenta para la interpretación solo una pequeña parte o fragmento del evento.
- Irrealidad. Se presenta cuando el paciente percibe aspectos que no son reales, se tiene expectativas poco reales sobre un evento particular, y cuando no se cumple se activa alguna emoción como enojo.
- Magnificación o catastrofismo. Este proceso se presenta cuando la persona amplifica catastróficamente las consecuencias de un evento.
- Generalización excesiva. Cuando la persona tiene una consecuencia negativa por un determinado comportamiento asume que siempre obtendrá el mismo resultado.
- Pensamiento blanco/ negro. El paciente erróneamente interpreta los eventos en forma extrema, sin término medio (todo o nada, aman u odian).

Los métodos para aplicar la reestructuración cognitiva son: ensayos conductuales, modelamiento, confrontación abierta, didáctica, tareas en el hogar.

En las terapias de reestructuración cognitiva, de acuerdo con Meichenbaum (1988, citado en Antunez 2012, p. 20), sobresalen la terapia racional – emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck. Dichas terapias están diseñadas para ayudar al cliente a identificar, contrastar la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y creencias disfuncionales. De esta manera, los terapeutas cognitivos plantean que los sentimientos negativos son el resultado de la forma de interpretar los eventos. El trabajo que se lleva a cabo por los terapeutas en este tipo de terapias es entrenar al paciente a identificar pensamientos automáticos autoderrotistas y los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas y estimulantes dirigidas a la solución de problemas.

#### **3.4.2.2 Terapia Cognitiva de Beck para la depresión**

Beck trabajó primero como psicoanalista, pero quedó descontento con el modelo psicoanalítico de depresión, interpretándolo como una agresión del paciente contra sí mismo; debido a ello, se dedicó a construir su propia teoría. La hipótesis fundamental de Beck propone que las cogniciones influyen de modo decisivo en el estado psíquico, es decir, pueden generar, dirigir o mantener trastornos personales y conductuales. Su punto de partida y sus impulsos terapéuticos se los debe Beck, en gran parte, a la teoría de la organización de la personalidad, como estructura de sistemas de conceptos Beck clasifica los esquemas de los depresivos, según sus aspectos formales y de contenidos (García, 2016, p. 72).

Con respecto al contenido, se caracterizan por la llamada tríada cognitiva: El individuo tiene una visión negativa sobre sí mismo, sobre su entorno vital y sobre el futuro. En cuanto a los procedimientos formales del pensamiento, los depresivos tienden a cometer una serie de errores cognitivos sistemáticos y los principales son: las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobre generalización, la magnificación o minimización, la personalización y la

imprecisión. Los pensamientos de los depresivos son, además, según Beck, automáticos, involuntarios y perseverantes, aunque a ellos les parezcan a todas luces acertados (García, 2016, p. 72).

Beck es el autor que podríamos considerar que más ha influido en el desarrollo y asentamiento del modelo cognitivo. El modelo de Beck se centra en el concepto de esquema, modo, y distorsión cognitiva principalmente y desarrolla una serie de técnicas de tratamiento que son coherentes con el papel que se le da esta serie de estructuras y procesos cognitivos (Caro, 2011, p. 46).

El Modelo de la Terapia Cognitiva de la Depresión propone que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales y precisas de las situaciones que atraviesa. Tales interpretaciones se denominan pensamientos automáticos y consisten en mensajes específicos, cortos y fugaces; adoptan típicamente la forma de frases breves. Tal es el bombardeo de verbalizaciones negativas que el depresivo tiene en su consciencia que, naturalmente, la emoción predominante de su estado de ánimo no puede ser otra más que la tristeza (Aparicio, 2013).

La manifestación de los esquemas en pensamientos automáticos depende entre otras cosas, de la activación de algunas maneras distorsionadas de procesar la información. En el modelo de la Terapia Cognitiva, este es el lugar de los errores o distorsiones cognitivas. Con tal expresión, Beck se refiere a un conjunto de formas patológicas de transformación de la información, los cuales conducen a aumentar el estado de ánimo depresivo (Aparicio, 2013).

El esquema sería una estructura cognitiva relativamente estable que nos dicta cursos de acción y cómo debemos interpretar las situaciones. Un esquema permite a una persona investigar, codificar y evaluar el rango total de estímulos internos y externos y decidir un curso subsecuente de acción (Caro, 2011, p. 46).

**Tabla 1. Tipos principales de esquemas**

Tipo	Definición
Cognitivo-conceptuales.	Seleccionan, recuperan, almacenan, e interpretan la información. Por ejemplo, las creencias intermedias y centrales.
Afectivos.	Percepción de los estados de sentimientos y sus combinaciones. Por ejemplo, el afecto negativo o positivo.
Fisiológicos	Representan funciones y procesos somáticos. Ej.: muy relevantes en el trastorno de pánico.
Conductuales.	Códigos disposicionales de respuesta y programas listos para la acción que permiten ejecutar conductas. Por ejemplo, la activación de la conducta de evitación fóbica.
Motivacionales.	Esquemas implicados en estrategias y conductas primarias, por ejemplo, el apetito, sexualidad, etc.; o implicados en dirección de metas: logro, poder, o aquellos más personales e idiosincrásicos, ej.: logros personales.

Fuente Clark, Beck y Alford (1999, citado en Caro, 2011, p. 148).

Los esquemas se pueden agrupar en modos que serían los subsistemas en los que están organizados las constelaciones de esquemas. El modo ha sido un concepto propuesto para explicar la complejidad de los trastornos psicológicos, que no quedaba satisfactoriamente explicada mediante el concepto de esquema, para explicar los sesgos sistemáticos que sugerían una organización esquemática más amplia y para explicar el procesamiento de la información de las experiencias emocionales normales y anormales (Beck, 1996 citado en Caro, 2011, p. 47).

### **3.4.2.3 Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis**

Ellis desarrolló su teoría al final de los años cincuenta, debido, en gran parte, a su descontento con los métodos tradicionales psicoanalíticos. La cuestión de la racionalidad o irracionalidad del ser humano y en especial del pensamiento adquiere una importancia capital con esta terapia. Ellis (1962, citado en García, 2016, p.70) afirma directamente que los trastornos emocionales y psicológicos provienen en su mayoría de la manera ilógica o irracional de pensar, y es adquirida a través de tres agentes principales: los padres, la sociedad y la autosugestión.

Inicialmente denominada “terapia racional” y luego “terapia racional emotiva”, la denominación actual de la terapia de Ellis da una idea del rango que se daba a su terapia (Ellis, 1993, citado en Caro, 2011, p. 39).

Los dos principales conceptos desarrollados por A. Ellis fueron el del ABC y el del pensamiento irracional. El ABC es el concepto típico de estos modelos de reestructuración cognitiva y representa la visión de un ser humano que piensa. De la forma que adopte su pensamiento (racional vs. irracional) va a depender como se siente y actúa. En este esquema propuesto por Ellis, A se refiere a los hechos activadores, B, al bloque de creencias entren en un sentido



amplio, y C serían las consecuencias emocionales (negativas, apropiadas y ligeras y negativas inapropiadas y fuertes) y conductuales (conductas bastante apropiadas e inapropiadas) de lo anterior (Caro, 2011, p. 39).

El concepto es importante ya que, sin su comprensión, no podemos comenzar la terapia cognitiva ya que implica la búsqueda activa por parte del paciente de su pensamiento distorsionado, irracional, y como afecta esto a su bienestar. En esta ABC, es particularmente importante el bloque B, en el que Ellis incluyó, las observaciones y percepciones no evaluadoras (cogniciones frías), las evaluaciones positivas y negativas preferenciales (cogniciones cálidas), y las exigencias y evaluaciones positivas y negativas de tipo absolutista (cogniciones calientes) (Caro, 2011, p. 40).

Ellis hace una distinción entre el pensamiento racional e irracional, y esto se relaciona con las cogniciones calientes que dificultan conseguir metas. Por tanto, racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad, mientras que irracional va a ser aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y que dificulta que las personas logren sus metas (Caro, 2011).

Ellis concretó ideas irracionales en un catálogo de 11 a 12 textos; a continuación, se muestran las más destacadas (Ellis, 1973, citado en Caro, 2011, p. 41).

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a sí mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa, en todos los aspectos posibles.

3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y debe ser seriamente culpabilizada y castigada por su maldad.
4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ningún para controlar sus penas y perturbaciones.
6. Si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte con quien confiar.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y algo que ocurrió alguna vez y nos conmociona debe seguir afectándonos indefinidamente.
10. Uno debería sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y si está solución perfecta no se encuentran sobreviene la catástrofe.
12. Es muy importante por nuestra existencia lo que las demás personas hacen y debemos hacer muchos esfuerzos por lograr que vayan en la dirección que queramos.

**Tabla 2. Algunos métodos cognitivos en la terapia racional emotiva conductual.**

<b>Método</b>	<b>Descripción</b>
Autoenunciados, positivos o creencias racionales.	Se disputa activamente una idea y se encuentra su alternativa racional. Se escribe y se repite intensamente todos los días.
Métodos de distracción cognitiva como la relajación, el yoga, la meditación, escritura creativa, lecturas, etc.	Estos métodos sólo se pueden emplear junto a la Refutación cognitiva para producir un cambio filosófico.
Discusiones filosóficas	<p>Díálogos existenciales que hacen evidente los antecedentes de la TREC en autores como Heidegger, Sartre o Tillich.</p> <p>Los seres humanos están en el centro de su universo y tienen el poder de elegir.</p>
Solución de problemas	Desarrollo de habilidades cognitivas de solución de problemas, incluyendo volver sobre el bloque A (del A-B-C) e intentar cambiarlo.
Empleo de métodos semánticos	Se emplean métodos basados sobre la semántica general para impedir un

<b>Método</b>	<b>Descripción</b>
	lenguaje sobre generalizado, como “siempre fallo”, no me suceden cosas buenas. Se evita el “es de la identidad”. búsqueda de un lenguaje más extensional.
Técnicas en imaginación	Imaginación positiva: imaginarse haciendo algo importante sin fallar. Imaginación negativa: los clientes se imaginan lo peor que les puede ocurrir y sienten emociones apropiadas de pena, pero sin pánico.
Biblioterapia	Se leen libros de autoayuda en la línea TREC. Ayuda a reforzar la nueva filosofía racional.
Escucha de audios	Escucha de charlas sobre diversos temas desde la perspectiva de la TREC. Ayuda a reforzar la nueva filosofía racional.
Hacer terapeuta TREC	Emplear la TREC con otros hace que el cliente gane práctica en uso de argumentos racionales.

Fuente: a partir de Ellis,1990, 2002; Ellis y Drydeb,1987; Dryden y Ellis,2001,

(citado en Caro, 2011, p. 233)

#### **3.4.2.4. Desensibilización sistemática (DS)**

Fontaine (1981, citado en Antunez, 2012, p. 23) menciona que la desensibilización sistemática es una técnica desarrollada en 1958 por Joseph Wolpe, la cual es adecuada para quitar los miedos y las respuestas de ansiedad en aquellos casos en los que se den estímulos condicionados de ansiedad (fobias, por ejemplo), así como también en otros trastornos en los que haya un fondo de ansiedad, como lo es el caso de las disfunciones sexuales.

Técnica de terapia conductual utilizadas para el tratamiento de trastornos de ansiedad, en los cuales se expone al cliente en la vida real (in vivo) o por medio de la imaginación a situaciones que provocan ansiedad. Un rasgo central del procedimiento es la exposición a situaciones que generan ansiedad de manera gradual, en tanto que el individuo se encuentra inmerso en la relajación. La exposición a los estímulos de una manera gradual (comenzando con situaciones que evocan sólo pequeñas cantidades de ansiedad) en tanto que el cliente se encuentra relajado, conduce a la atenuación del síntoma. (Kazdin, 2000, p. 438).

#### **3.4.2.5 Asertividad**

El entrenamiento asertivo es útil para individuos que son poco asertivos de forma consciente, con el fin de ayudarlos a mejorar su capacidad de obtener un reforzamiento positivo merecido, así como para quienes suelen ser agresivos en situaciones sociales, en la búsqueda de disminuir el efecto negativo que ejercen en los demás. Los comportamientos asertivos y agresivos quizá logren el mismo objetivo, pero el segundo por lo general implica violar los derechos de

otra persona. Además de los factores etiológicos relacionados con carencias ya descritos, la falta de asertividad también puede ser consecuencia de diversas distorsiones cognitivas (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006, p. 297).

Alberti y Emmons (1970, citado en Slaikeu, 1996, p.483-484) definen el comportamiento asertivo como aquel que “capacita a una persona a actuar en favor de su mejor beneficio, apoyarse a sí misma sin sentir ansiedad indebida, expresar sus sinceros sentimientos de manera tranquila o ejercer sus derechos sin negar los derechos de los demás”.

#### **3.4.2.6 Inoculación al estrés**

En Cruzado, Labrador, y Muñoz (2005, citado en Antunez, 2012, p. 25), se dice que la inoculación al estrés es un procedimiento desarrollado por Meichenbaum y Cameron en 1974. Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan. Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica. Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un arsenal de pensamientos positivos para afrontar el estrés, como el temor a hablar en público, las fobias y otros tipos de situaciones, como la preparación al parto o los exámenes.

La Inoculación al Estrés (IE) es un marco de intervención en el que se entrena a la persona en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a situaciones estresantes. La peculiaridad de este tipo de intervenciones es que la persona aprende a interpretar su problema desde un modelo específico, permitiéndole *seleccionar aquellas técnicas* que mejor se ajusten a las demandas de la situación problemática a la que se enfrenta. Además la IE funciona como una “vacuna”, es decir, una vez adquiridas las *habilidades de enfrentamiento*, se somete a la persona a situaciones estresantes similares a las problemáticas pero de intensidad moderada en las que se espera que ponga en

marcha dichas habilidades. Las principales habilidades para aprender son todas aquellas que permitan un control efectivo de la tensión o activación emocional (fisiológica), así como la modificación de los contenidos cognitivos más superficiales (Ej., auto-verbalizaciones) que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con las situaciones problema (Torres,2021).

#### **3.4.2.7 Solución de Problemas**

La solución de problemas consiste en un proceso de aprendizaje que nos facilita generar alternativas y tomar decisiones. Dicho proceso tiene lugar bajo las condiciones de transfer de entrenamiento ya que el paciente tiene que aprender un proceso general que le facilite conseguir comprender los problemas que surgen en la vida y lograr una de las dos cosas: o bien alterar la situación problemática o bien alterar su reacción (y ambas a veces). Es decir la solución de problemas se define como un proceso metacognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por alterar : a) la naturaleza problemática de la situación; b) sus reacciones hacia éstas o c) ambas cosas a la vez (Nezu, Nezu, Deaner y D´Zurilla, 1997, citado en Caro, 2011, p. 51).

En Caballo, (1991, citado en Antunez, 2012, p.26-27) se menciona que el entrenamiento en solución de problemas está constituido por cinco pasos o componentes, los cuales contribuyen para dar una solución eficaz al problema:

1. Orientación hacia el problema: Conjunto de respuestas de orientación, que representan reacciones cognitivas, afectivas y conductuales que se presentan ante el problema.
2. Definición y formulación del problema: Clarificar y comprender la naturaleza específica del problema, significación para el bienestar y el cambio.

3. Generación de alternativas: Hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible.
4. Toma de decisiones: Evaluar las opciones disponibles y seleccionar la mejor para llevarla a cabo en la situación real.
5. Puesta en práctica de la solución y verificación: Vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problema.

#### **3.4.2.8 Toma de decisiones**

De acuerdo con Caballo (2005), la toma de decisiones en un proceso por medio del cual las personas van a realizar una elección o una forma para resolver diversas situaciones de la vida, dichas situaciones no sólo se limitan a un aspecto, estas abarcan diversos aspectos de la vida como lo son el personal, el familiar, laboral (Antunez, 2012, p. 27).

El proceso de toma de decisiones, de acuerdo con Caballo (2005, citado en Antunez, 2012, p. 27-28) consta de 5 pasos:

- Definir el problema. En este punto es importante tener claro el problema y cuál es el resultado que se quiere obtener.
- Buscar alternativas. En este paso es importante pensar en el mayor número de alternativas posibles, ya que cuantas más se tengan, más posibilidades se tienen de escoger la mejor.
- Valorar las consecuencias de cada alternativa. En este punto se deben considerar los aspectos positivos y negativos que cada alternativa puede tener, a corto y largo plazo, tanto para la persona que va a tomar la decisión y las personas cercanas o que se puedan ver afectadas.
- Elegir la mejor alternativa posible. Una vez que se ha pensado en las alternativas disponibles y en las consecuencias de cada una de ellas, se procede a escoger la más positiva o adecuada. Esta selección se lleva a



cabo cuando ya se han valorado las posibles alternativas, ya se han comparado y se puede escoger la que cumple con lo que satisfaga a la persona.

- Aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios. Cuando ya se ha elegido una alternativa, la persona se debe responsabilizar de la decisión tomada y ponerla en práctica. También se debe prestar atención a los resultados de dicha situación, para cambiar aquellos aspectos de la situación que todavía no son satisfactorios.

Hay modelos clásicos de cómo se toman las decisiones (Hastie, 2001, citado en García, 2014) y existe un esquema básico de resolución de problemas (D´Zurilla, Goldfried, 1971, citado en García, 2014) que plantea como hacerlo de forma efectiva y que se ha incorporado a la terapia cognitivo conductual con todos los méritos (Nezu, 2004, citado en García, 2014).

Por supuesto que en la práctica clínica no se puede olvidar nunca que las personas no nacieron para ajustarse a los modelos y que hay que determinar para cada paciente que proceso sigue para tomar sus decisiones, teniendo en cuenta que cada persona afronta la resolución de problemas de una forma diferente, basada en su experiencia y su historia de aprendizaje, y es el análisis del método particular que sigue el paciente para resolver sus problemas lo que permite analizar la influencia de la preocupación en sus trastornos (García, 2014).

La toma de decisiones consiste en encontrar una conducta adecuada para resolver una situación problemática, en la que, además, hay una serie de sucesos inciertos. Una vez que se ha detectado una amenaza, real, imaginaria, probable o no, y se ha decidido hacer un plan para enfrentarse a ella, hay que analizar la situación: hay que determinar los elementos que son relevantes y obviar los que no lo son y analizar las relaciones entre ellos y la forma que tenemos de influir en ellos. Este paso puede dar lugar a problemas,

cuando se tienen en cuenta aspectos irrelevantes y se ignoran elementos fundamentales del problema (García, 2014).

#### **3.4.2.9 Juego de roles**

El juego de roles es una técnica que se ha utilizado constantemente en la evaluación conductual, principalmente esta técnica se ha utilizado en el área de habilidades sociales y en asertividad. El juego de roles también es conocido como ensayo conductual y para Goldfried y Davison (1994: en Phares y Trull, 2000, citado en Antunez, 2012, p. 28) es como un medio para entrenar nuevos patrones de respuesta.

Peñarrieta & Faysse (2006, citado en Cruz, 2018, p. 120), mencionan además que los juegos de roles son un tipo de modelo que sirve de objeto intermediario, ya que proponen una representación de la realidad que permite abordarse en un ambiente libre de tensiones y muchas veces lúdicos, la discusión entre actores acerca de su misma realidad.

Por otra parte, Brell (2006, citado en Cruz, 2018, p. 120) concibe a los juegos de roles como aquellas actividades lúdicas en que los participantes interpretan modelos de comportamiento que no son los suyos, particularmente asumiendo el lugar del adulto o joven. Para este autor, los juegos de roles son herramientas educativas potentes, ya que son un soporte de visualización de problemáticas y dinámicas y facilita el desarrollo de la empatía entre el jugador y su personaje para una mejor comprensión del por qué el otro se comporta como lo hace. Además de que favorece un aprendizaje más significativo.

### **3.4.2.10 Entrenamiento en habilidades sociales**

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales (Segrin, 2009, citado en Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 292).

El procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales supone cuatro pasos: (Antunez, 2012, p. 24)

1. Instrucciones y modelado: En esta fase se informa al cliente sobre las conductas a modificar, así pues, se hacen demostraciones de las conductas adecuadas.
2. Ensayo conductual: En esta fase, el cliente reproduce y ensaya dentro del consultorio las conductas a implementar
3. Retroalimentación y refuerzo: En esta fase se moldean y perfecciona las conductas exhibidas por el cliente.
4. Mantenimiento y generalización: En esta fase se procura que las conductas aprendidas en el consultorio se lleven a cabo en el contexto natural del sujeto. Por último, se menciona que en el entrenamiento en habilidades sociales se debe hacer énfasis al cliente en la reestructuración de los pensamientos que estén inmersos en las distintas conductas deficitarias que permiten la interacción social.

### **3.5 Terapia de Tercera Generación**

Para abordar las terapias de conducta de la tercera de generación, es necesario tener claridad en relación con su relativo recién auge, de aquí, que se considere a esta ola de terapias como un enfoque en construcción (Antunez, 2012).

### **3.5.1 Desarrollo histórico**

Hayes en 2004 (citado en Alburez, 2012, p. 30) destaca que la tercera ola de terapias es fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje; además de ser particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados.

### **3.5.2 Técnicas de la Terapia de Tercera Generación**

El hombre no es sólo un ser dispuesto al condicionamiento y cargado de pensamientos y cogniciones. Es también un ser emocional, marcado por el apego y explorador del sentido de su propia vida. Es, asimismo, un ser dependiente de las interacciones y de su cultura (García, 2016, p. 77).

La tercera generación ("tercera ola", Hayes, 2004, citado en García, 2016, p. 77) de la TC busca trabajar con todos estos encuadres. Si a la primera generación de la TC podía adjudicarse la era de la conducta y a la segunda generación la era de la cognición, en la tercera podría desarrollarse la era de la emoción. (Celedonio Castanedo, 2008, citado en García, 2016, p. 77).

La emergencia de esta nueva generación de terapias psicológicas se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical,

como a las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual, las cuales tendrían que ver con la estandarización de los tratamientos en perjuicio de aplicaciones más flexibles y ajustadas al caso. Las aportaciones de las TTG se aprecian en las terapias concretas que la constituyen, las cuales tienen como principio terapéutico el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida. Haciendo frente al ensañamiento contra los síntomas que caracterizan a la psiquiatría biológica y en buena medida también a la terapia cognitivo-conductual (Pérez, 2006, citado en Moreno, 2012, p.3).

Este grupo de intervenciones está compuesto por la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT), la Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy o FAP), la Terapia de Conducta Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy o DBT), la Terapia Integral de Pareja (Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy o MBCT) (Mañas, 2007, citado en Obando y Parrado, 2015, p. 56).

Todas estas intervenciones, a diferencia de la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual, contemplan como ejes centrales la flexibilidad y la complejidad del ser humano, proponiendo como objetivo el cambio la función del pensamiento más que su contenido, y se destacan la ACT, la MBCT y la FAP (Uribe-Escobar, 2012, citado en Obando y Parrado, 2015, p. 56).

### **3.5.2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso**

La Terapia de Aceptación y Compromiso se orienta a promover la flexibilidad psicológica mediante la aceptación de eventos privados incómodos, la elección dirigida hacia los valores y la toma de acciones a pesar de las dudas y las dificultades (Hayes et al., 2014; Hayes et al., 2006 citado en, Aragón, 2022, p. 21). El malestar es visto como algo normal en la vida, que es producto de la condición humana como seres verbales y, por tanto; en el tratamiento se busca

aprender a experimentar ese sufrimiento (Luciano y Valdivia, 2006, citado en Aragón, 2022, p. 21).

La flexibilidad psicológica se refiere a la habilidad de contactar en momento presente, de notar las emociones o pensamientos sin luchar por evitarlos o de cambiar conductas y de dirigirse hacia las metas y valores (Hayes et al., 2006, citado en Aragón, 2022, p. 21). Esta lucha por evitar situaciones públicas o privadas dan como resultado un aumento de malestar psicológico, en la postergación de pendientes, en el abandono de metas, etc. (Frost et al., 1990, citado en Aragón, 2022, p. 21); que son ejemplos de las consecuencias en el ciclo del perfeccionismo desadaptativo (Egan et al., 2011, citado en Aragón, 2022, p. 22).

La Terapia de aceptación y compromiso se ha venido desarrollando a lo largo de las tres últimas décadas utilizando una estrategia de desarrollo del conocimiento que se basa en y que prolonga el análisis conductual tradicional. Considera el modelo y la metodología como un enfoque de la ciencia conductual contextual (CBS) que propugna ciertos supuestos filosóficos, determinados tipos de teorías útiles para los terapeutas y formas preferenciales de comprobar los nuevos desarrollos clínicos. (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014, p. 57).

Se basa en la teoría de los marcos relacionales que incorpora los avances sobre el estudio del lenguaje, que ha demostrado que somos capaces de establecer relaciones arbitrarias entre diferentes estímulos, por ejemplo, entre A y B y entre B y C. Aparecen entonces otras relaciones no entrenadas, implícitas entre A y C, entre C y A y entre B y A. Además, aparece una transformación de funciones, de forma que la persona reacciona de forma similar ante todos ellos (A, B, y C), es decir, todos ellos cobran la misma función (Luciano y Sonsoles, 2006, citado en Antunez, 2012, p. 31-32).

El objetivo de la terapia de aceptación y compromiso es eliminar la rigidez psicológica, por lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento, dichos procedimientos están totalmente relacionados, de tal manera que si se aplica la desactivación del pensamiento, se está presente y se aceptan los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, descubriendo y viviendo el yo como contexto (Antunez, 2012, p. 32).

### **3.5.2.2 Psicoterapia Analítica Funcional**

La psicoterapia analítico-funcional (PAF) es una forma de terapia de conducta que enfatiza el uso de la relación terapeuta - cliente a objeto de utilizar con toda su intensidad las oportunidades de aprendizaje que surgen en la sesión terapéutica (por ejemplo, intervención in vivo). Basada en el conductismo radical de B. F. Skinner (1953/1970, 1974/1975, citado en Kholenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernandez y Virúes, 2004, p. 352), la PAF produce el cambio a través de contingencias de reforzamiento naturales y curativas que suceden dentro de una relación terapeuta-cliente emocional, cercana y con un alto grado de implicación.

Como psicólogos aplicados, R. J. Kohlenberg y M. Tsai hallaron que algunos de sus clientes tratados con técnicas de terapia cognitivo-conductual convencional experimentaban notables mejorías que iban más allá de los objetivos iniciales del tratamiento. En la búsqueda de las causas de este fenómeno, observaron que estos notables progresos sucedían en aquellos pacientes con los que se había establecido una relación terapéutica intensa y comprometida. Estas relaciones no son establecidas a propósito como parte de la terapia, sino que, en determinadas ocasiones, aparecen de forma espontánea. Como resultado de esta experiencia, Kohlenberg y su grupo aplicaron conceptos conductuales para: a) explicar la conexión entre mejorías dramáticas y una intensa relación terapéutica, y b) delinear el procedimiento a seguir para facilitar

estos vínculos intensos y potencialmente curativos (Kohlenberg y Tsai, 1995, citado en Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernandez y Virúes 2004, p. 352).

El resultado es la psicoterapia analítico-funcional (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991, citado en Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernandez y Virúes 2004, p. 352-353), un nuevo tipo de terapia conductual en la que la relación terapéutica está en el núcleo del proceso de cambio. Concretamente, el clínico se centra en las oportunidades para el cambio terapéutico que acontecen cuando parte de los problemas del cliente responsables de su petición de ayuda se manifiestan en la relación terapéutica.

La PAF se estructura mediante tres componentes básicos (García, 2016, p. 81):

- 1) La noción de “conducta clínica relevante”;
- 2) La identificación de las conductas clínicas relevantes; y
- 3) las reglas para una actuación terapéutica relevante

Las conductas clínicas relevantes (CCR) se clasifican en tres tipos:

a) los problemas del paciente durante la sesión (CCR1), que suelen ser conductas relacionadas con el control aversivo, la dependencia, las relaciones sociales y temas similares;

b) las mejorías del paciente durante la sesión (CCR2); y

c) las interpretaciones que proporciona el paciente, acerca de su conducta (atribuciones causales), en especial, las expuestas en términos de sus antecedentes funcionales (evocativas y discriminativas) y de las contingencias de reforzamiento.



La identificación de las CCR trabaja con dos referentes: el análisis funcional del lenguaje en la terapia; y las situaciones terapéuticas que evocan CCR, como pueden ser los silencios en la conversación, el sentirse bien, la expresión de afecto o la propia estructura temporal de la sesión.

Las reglas que definen las condiciones de contingencias son cinco, según Kohlenberg y Tsai (1987):

- 1) Atienda a las CCR.
- 2) Evoque la ocurrencia de CCR.
- 3) Refuerce las mejorías.
- 4) Observe su propio potencial reforzante como terapeuta.
- 5) Describa las relaciones funcionales entre las variables controladoras y las CCR del paciente.

### **3.5.2.3 Terapia de Conducta Dialéctica**

La Terapia de Conducta Dialéctica (TCD) surge como una alternativa para el manejo de pacientes difíciles, crónicos, con múltiples diagnósticos en los ejes I y II. Es una modificación de la TCC (Terapia Cognitivo Conductual) estándar. Utiliza técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, tareas comportamentales, escalas de síntomas y análisis del comportamiento que están centradas en la búsqueda de cambio conductual, pero adiciona estrategias de aceptación o de validación que buscan transmitir a los pacientes la idea de que ellos son aceptables tal como son, y que sus comportamientos (aun los de automutilación) tienen sentido y son susceptibles de ser comprendidos. A partir de esta aceptación se empieza a construir una estrategia de cambio, para que puedan desarrollar una vida significativa con sentido para ellos. La aceptación no excluye el cambio (Gempeler, 2008, p. 138).

Es este movimiento entre aceptación y cambio lo que lleva a Marsha Linehan a plantear el componente dialéctico, entendido como la búsqueda de balance entre esos dos elementos. Este balance ayuda a romper la rigidez de los pensamientos, sentimientos y comportamientos propios del TPL (Trastorno Límite de Personalidad), la tendencia a polarizar las posiciones en extremos. Lo dialéctico implica conceptos como integralidad (holismo) y síntesis, que facilitan el movimiento en el interior de la terapia (Gempeler, 2008, p. 138).

Sus fundamentos son: 1) La teoría del aprendizaje bio-social de Theodore Millon, un psicólogo clínico que estudia los factores ambientales, como responsables de los trastornos de personalidad. De aquí, deduciría Linehan, por ejemplo, la regulación de las emociones. 2) El modelo dialéctico de Hegel que propugna los pasos de tesis, antítesis y síntesis, para llegar al conocimiento. Precisamente, el paciente de personalidad limítrofe no consigue la síntesis, viéndose obligado a permanecer en la tesis o en la antítesis. La postura dialéctica de Linehan recurre en su solución al llamado wise mind, para intentar la síntesis. Con ello, Linehan introduce elementos del budismo Zen en su concepto terapéutico. 3) La terapia cognitivo-conductual, tal y como ya ha quedado expuesta, al hablar de la segunda generación de la TC. (García, 2016, p. 82).

La TDC trabaja, a su vez, con cuatro modos primarios en el tratamiento: 1) Terapia individual, con una sesión semanal, en la que se explora con detalle una conducta problemática y sus soluciones alternativas. 2) Sesiones de terapia de grupo de 2.5 horas semanales, en las que se enseñan efectividad interpersonal, habilidades de tolerancia de la angustia/aceptación de la realidad, regulación de emociones y habilidades conscientes. 3) Contactos telefónicos. Los terapeutas de grupo no están disponibles entre sesiones; sólo el terapeuta individual. 4) Consulta de terapeutas, para la supervisión. (García, 2016, p. 82).

### 3.5.2.4 Terapia de Activación Conductual

Dentro de las terapias de tercera generación, se encuentra la Activación Conductual, usada principalmente como tratamiento para la depresión. Tiene como objetivos: a) aumentar la participación en actividades adaptativas y placenteras; b) disminuir la participación en actividades que mantienen la depresión o aumentan el riesgo depresión; y c) resolver problemas que limitan el acceso a recompensas o que mantienen o aumentan el control aversivo (Dimidjian, et al., 2011, citado en Vazquez, 2022, p. 14).

El tratamiento se centra directamente en estos objetivos o en los procesos que afectan el logro de éstos (evitación). Para lograr estos objetivos primarios, los terapeutas suelen usar una variedad de estrategias de comportamiento como el automonitoreo de las actividades y del estado de ánimo, programación de actividades, estructuración de actividades, resolución de problemas, el entrenamiento de habilidades sociales, construcción de jerarquías, modelado, recompensa y persuasión (Dimidjian, et al., 2011, citado en Vazquez, 2022, p. 14-15).

Pérez (2007) destaca que la Activación Conductual (AC) es una terapia para la depresión desarrollada sobre bases contextuales y funcionales. Sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz, asimismo, se sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro (Antunez, 2012, p. 35-36).

El Tratamiento de Activación Conductual para la Depresión (TACD) (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001, 2002; Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y McNeil, 2001), en ocasiones también denominado por sus autores Tratamiento de Activación Conductual Breve para la Depresión —Brief Behavioral Activation

Treatment for Depression — (cf. Lejuez, Hopko y Hopko, 2001, p. 256; Hopko, Robertson y Lejuez, 2006, p. 212, citado en Barraca, 2010, p. 28), es una intervención conductual, estructurada y de corta duración que se fundamenta en la aplicación directa de principios de aprendizaje. Su objetivo es contrarrestar los síntomas depresivos y, como consecuencia, conseguir que los pacientes recuperen una vida productiva y emocionalmente satisfactoria. Su metodología básica consiste en “activar” a los sujetos con depresión por medio de la programación y realización de conductas (en principio anteriormente presentes en el repertorio de la persona) que incrementan la probabilidad del reforzamiento positivo desde el medio.

### **3.5.2.5 Mindfulness**

Mindfulness es la traducción al inglés del término pali "sati", que implica conciencia, atención y recuerdo. La traducción al castellano de mindfulness no tiene un estándar, ha sido traducido indistintamente como atención plena o conciencia plena, muchos autores optan por eso por el vocablo inglés mindfulness. Las publicaciones sobre mindfulness comenzaron a aparecer en la década del setenta y desde entonces su número no ha dejado de aumentar. El crecimiento se aceleró notablemente en los años noventa y en la actualidad nos encontramos con un crecimiento casi exponencial de dichas publicaciones. El interés del mindfulness no se limita al campo de la psicoterapia, también está despertando enorme interés en la investigación básica, especialmente en neurofisiología, y también en la educación, ya que la práctica del mindfulness se perfila como una poderosa herramienta educativa (Vazques, 2016).

La técnica de la atención plena o “mindfulness” no es para relajar el cuerpo o la mente, tampoco es para escapar de los pensamientos o experiencias no deseados, no espera encontrar éxtasis, ni para evitar el dolor. Mindfulnesses una técnica de autoconocimiento para hábilmente responder a acontecimientos negativos a través de: (González, 2013, p. 23).

1. Conocer que tan aceleradamente reaccionamos para tratar de solucionar o escapar del problema.

2. Dar un paso atrás a la reacción (no al problema) y estar atento a identificar los elementos necesarios para poder resolver el inconveniente de manera asertiva.

Lo anterior parte de la idea de que tanto si nos dejamos llevar por lo que sentimos o pensamos en el primer instante como si luchamos contra los pensamientos, sentimientos indeseados y las reacciones corporales que los acompañan, se crea más tensión y dolor, o se llevan a cabo acciones apresuradas que normalmente culminan en sufrimiento para el paciente y / o las personas relacionadas con él. Mindfulness implica entrenar la mente para estar atento en todo momento, estar conscientes de lo que estamos pensando cuando lo estamos haciendo. (González, 2013, p. 24).

Simón (2006, citado en González, 2013, p. 25) explica sobre dos tipos de asimilación de la información por parte de las personas.

- 1) De arriba abajo: modo de procesamiento anticipado en el que la “información nueva” se clasifica rápidamente en “moldes viejos” por las redes tálamo-corticales, este proceso es vital para la supervivencia porque acelera la toma de decisiones por ejemplo en circunstancias de peligro; sin embargo, este procesamiento por su misma naturaleza de enfocarse solo en lo necesario para sobrevivir elimina mucha información no incluida en los “moldes” creados por experiencias previas. todo es según el color del cristal con que se mira” y este “hace que todo lo veamos de una tonalidad preestablecida” (Simón, 2006) pp. 112, citado en González, 2013, p. 25).

- 2) De abajo arriba: toda la información entra fresca y completa desde los órganos sensoriales; con los cinco sentidos percibimos el mundo externo, la

interocepción nos permite conocer del mundo interno que implican la porción somatosensorial de la corteza, la zona media prefrontal y la ínsula para los estados viscerales y por último la autoconsciencia que influye en las relaciones interpersonales a través de las neuronas espejo.

### **3.5.2.6 Terapia Integral Conductual de Pareja**

La terapia integral de pareja de Jacobson y Christensen (1996), tiene un antecedente histórico en cuanto a su utilidad. Por ello, ha recibido modificaciones derivadas de la tercera generación de terapias. En Morón (2006), se destaca que el objetivo en la terapia integral de pareja pasa a ser el cambio en el contexto psicológico en el que ocurren los problemas de pareja. El resultado de este cambio de contexto es la aceptación del comportamiento del compañero, y, por ende, la reducción de los problemas y una recuperación más rápida cuando estos se den; lo que se acaba traduciendo en un aumento de la satisfacción en la relación (Antunez, 2012, p. 38-39).

La terapia integrativa conductual de pareja se origina en gran parte de la terapia conductual tradicional de pareja, siendo que sus técnicas de comportamiento tradicionales como el intercambio de reforzadores, el entrenamiento en habilidades de comunicación y el entrenamiento en solución de problemas se siguen empleando, aunque de manera más flexible y en combinación con las técnicas de aceptación y tolerancia (Roddy et al., 2016, citado en Romero, 2022, p. 10).

La integración de los procesos de cambio y los procesos de aceptación en un mismo modelo fue lo que le dio el nombre de “integrativa” o “integral” a la terapia; por ello se dice a grandes rasgos que fomenta la aceptación para mejorar los problemas de pareja, mientras que la TCTP fomenta el intercambio de

reforzadores y el desarrollo de habilidades efectivas como comunicación y solución de problemas (Cordova et al.,1998, citado en Romero, 2022, p. 10).

La aceptación emocional(o en ocasiones solo “aceptación”) es un concepto clave para entender la TICP, definiéndola como un medio por el cual las parejas abordan sus problemáticas y sacan provecho de ellas, al mismo tiempo que mejoran su intimidad y cercanía; esto implica detenerse en el intento de buscar cambiar al otro, comprendiendo que las diferencias mutuas pueden llegar a ser soportables y que por más que uno intente moldear a su pareja, esta no llegará a ser como la imagen idealizada que uno posee al inicio de la relación (Dimidjian et al., 2008, citado en Romero, 2022, p. 10-11).

### **3.6 Otras técnicas de Intervención**

En este apartado se mencionan otras técnicas de intervención utilizadas con la finalidad de desarrollar estilos resilientes en los consultantes para afrontar situaciones de crisis.

#### **3.6.1Psicoeducación**

Tiene por objetivo concientizar al paciente del problema para que sea aceptado y por ende lo pueda afrontar. Consiste en brindar la información pertinente y clave sobre el motivo de consulta (problemática) y las estrategias y técnicas que se vayan trabajando para el logro de objetivos, a través de las sesiones mediante la interacción terapeuta-cliente (Barbecho y Trujillo, 2013, citado en Alanís, 2018, p. 13).

Es muy beneficiosa ya que mejora el conocimiento de lo que nos pasa, así como la actitud y conducta al respecto. El eje fundamental para una eficaz psicoeducación es, en primer lugar, establecer una alianza terapéutica en la cual se consolide una relación de colaboración paciente-profesional y se favorezca así una buena adherencia al tratamiento. Se acuerdan objetivos en una relación de confianza mutua. La Psicoeducación puede ser tanto pasiva como activa. La modalidad pasiva se refiere a la entrega de materiales psicoeducativos, tales como libros, artículos, sugerencias de sitios web, folletos, etc. La activa está a cargo del profesional mediante sus intervenciones y es muy importante reforzarla a lo largo del tratamiento (Chouza, 2018).

A continuación, se mencionan los beneficios de la Psicoeducación: (Chouza,2018)

- Permite comprender y enfrentar los síntomas de una manera más funcional.
- Genera cambios en la forma de procesar la información.
- Modifica interpretaciones catastróficas en relación con las preocupaciones, situaciones y lugares.
- Produce un mayor conocimiento y aceptación de uno mismo.
- Motiva al conocimiento acerca del trastorno y por ende disminuye la sensación de miedo.
- Redunda en una mejoría del estado de ánimo.



### 3.6.2 Biblioterapia

La biblioterapia se constituye como la terapia y el tratamiento a través de los libros, es decir, la utilización de textos como recursos terapéuticos, considerados herramientas válidas para los procesos de crecimiento y recuperación en el marco de la psicoterapia (Losada, 2020; Román, 2019; Román, 2020, citado en Roman y Losada, 2021, p. 72).

La biblioterapia es uno de los recursos terapéuticos más accesibles en la era digital. Existen muchos estudios que fundamentan su valor como instrumento moderno de intervención clínica. Además, su uso y aplicación se extiende a lo largo de la historia de la humanidad. (Roman y Losada, 2021, p. 73).

En relación con la lectura y sus implicaciones terapéuticas, es posible mencionar algunos trabajos documentados recientemente en los que varios autores proponen puntualmente la perspectiva de la biblioterapia. Bardají (2016, citado en Roman y Losada, 2021, p. 74), en su artículo *Cómo afrontar la pérdida con Proust: un apunte de biblioterapia*, sugiere que la comprensión del ser humano basado en lo observable del comportamiento es solo un enfoque posible de la psicología contemporánea, existen otros que se interesan en otros registros, como la sabiduría.

La lectura en sus implicaciones en la instrumentación clínica es actualmente utilizada de diversas maneras. Kroeff y Reverté (2007, citado en Roman y Losada, 2021) han creado un dispositivo a partir del cual indagan ciertas frases tomadas de los libros para abordar situaciones de duelo en grupos psicoterapéuticos conformados por personas que han quedado viudas recientemente.

La experiencia de creación de bibliotecas para pacientes da cuenta de su aplicabilidad en los centros de salud. Deberti Martins (2011, citado en Roman y Losada, 2021, p. 75) postula esta implementación ponderando la lectura como fenómeno complejo de construcción de sentido y de reconstrucción de sí mismo, primordialmente en situaciones de vulnerabilidad psíquica y física, como es el caso de las personas hospitalizadas.

### **3.6.3 Técnicas de relajación**

Olivares y Méndez (2005, citado en González, 2013 p. 33) resaltan que el objetivo principal de las técnicas de relajación es el enseñar a las personas a controlar su nivel de activación mediante la modificación directa de condiciones fisiológicas como respuestas a estresores o respuestas de alarma. Estas respuestas de alarma son respuestas automáticas del organismo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante el cual se prepara a las demandas de situaciones nuevas, facilitando la respuesta del organismo ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias.

#### **3.6.3.1 Relajación Progresiva**

Esta técnica es útil para conseguir niveles profundos de relajación muscular, su mecanismo de aprendizaje es la discriminación perceptiva de los niveles de tensión y relajación de cada grupo muscular. Para ello, se le enseña al sujeto a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en distintas partes de su cuerpo mediante ejercicios de tensión y relajación. La relajación progresiva parte de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular al sujeto. Esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. Por lo tanto, la práctica de la relajación muscular

profunda reduce la tensión fisiológica y disminuye los niveles de ansiedad (Gonzalez, 2013, p. 34).

Este método se compone de tres fases, donde la primera fase se denomina tensión-relajación, la cual se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de rela

jación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos por musculo y sesiones de 20 minutos y relajar lentamente. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo. La tercera fase se denomina relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo (López, 2016, p. 58). *Para conocer las fases, revisar el Anexo 1.*

### **3.6.3.2 Respiración diafragmática**

El control de la respiración es una estrategia sencilla para enfrentar situaciones de estrés (Olivares & Méndez, 2005, citado en González, 2013, p. 34). El objetivo de este tipo de técnica es facilitar el control voluntario y automatizar este control para ser utilizado en situaciones críticas, además de tener como ventaja, su fácil aprendizaje y que se pueden utilizar en cualquier situación. *Para conocer las indicaciones revisar Anexo 2.*

### **3.6.3.3 Imaginería guiada**

La imaginería se refiere a la imagen mental o representación cognoscitiva de experiencias o situaciones personales (Slaikeu, 2000, citado en González, 2013, p. 36). *Para conocer la técnica revisar Anexo 3.*

### **3.6.4 Análisis funcional de la conducta**

La integración de los datos de la evaluación conductual es importante en cualquier juicio clínico, y especialmente en la formulación del caso, pues la formulación del caso integra en un modelo las medidas pre-intervención, los juicios clínicos derivados de ellas y el diseño de un programa de intervención a partir de ambos. El análisis funcional proporciona un modelo de formulación de casos clínicos que puede definirse de forma muy general, como una síntesis de los problemas de los pacientes y de las variables con las que correlacionan, que hipotéticamente afectan a dichos problemas (Haynes y O'Brien, 1990, citado en Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 118).

El término análisis funcional proviene del concepto skinneriano de análisis experimental de la conducta, y fue acuñado por el propio Skinner para referirse a las demostraciones empíricas de las relaciones causa - efecto identificadas entre el contexto y la conducta. Posteriormente el uso del término se ha ampliado, dando cabida a otras variables, procedimientos y operaciones (Haynes y O'Brien, 1990; Iwata, Kahng, Wallace y Lindberg, 2000, citado en Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 118).

El análisis funcional consiste en llevar a cabo un análisis individualizado de las conductas específicas del paciente en las que se establezcan las variables que determinan la conducta problema y que se pueden controlar para el cambio (Haynes y O'Brien, 1990, p. 118, citado en Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 118).

## **Capítulo 4. Sugerencias de abordaje desde la perspectiva de género para la atención psicológica vía telefónica con enfoque cognitivo conductual para mujeres que viven violencia.**

### **Justificación**

De acuerdo con mi experiencia atendiendo casos de violencia contra las mujeres en el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM observé que carece de un protocolo adecuado para la atención a mujeres víctimas de violencia ya que no se aborda de igual forma que en los casos de Violencia contra hombres y Violencia contra niños. A continuación, se presentan sugerencias de abordaje desde la perspectiva de género para la atención psicológica vía telefónica con enfoque cognitivo-conductual a mujeres en situación de violencia, dichas sugerencias contienen técnicas y estrategias que tienen como propósito mejorar el desempeño del programa y obtener resultados favorables.

### **Objetivo General**

Diseñar sugerencias de abordaje para psicólogos sobre el modelo de Intervención en crisis, con enfoque cognitivo conductual para la atención vía telefónica, estas contendrán teoría y práctica, los aprendizajes se alcanzarán a través de cuadros de sugerencias de diálogos, tablas, infografías y videos, para que los psicólogos puedan atender a mujeres que están en situación de violencia

### **Población:**

Psicólogas, psicólogos y psicólogues en formación a partir del séptimo semestre del área clínica, egresados de la Licenciatura en Psicología y Titulados que cuenten con nociones básicas sobre violencia de género y/o perspectiva de género, Intervención en Crisis y enfoque Cognitivo Conductual.

## Temario

La primera sesión abarca cuatro momentos importantes que se explican a continuación:

El primer contacto se inicia identificando el motivo de la llamada ya que la usuaria se encuentra en una situación en crisis y necesita resolverla, por lo que se le permitirá que explique la problemática. En esta fase se le pedirán sus datos personales. Sin embargo, en este momento de la llamada puede presentarse una crisis evidente y será necesario realizar contención emocional, con los datos recabados se elaborará el motivo de consulta.

Posterior al primer contacto en la segunda fase se aplicará un cuestionario, este tiene como finalidad conocer el nivel de riesgo en el que se encuentra la usuaria y poder realizar la canalización.

La tercera fase consiste en realizar la canalización pertinente de acuerdo al nivel de riesgo, también es importante reestablecer a la usuaria por lo que se considera usar la estrategia de respiración diafragmática. Para finalizar la primera sesión se considera la técnica de solución de problemas que le servirá a los, les y las profesionales de la psicología para poder brindar acompañamiento y elaborar un plan de acción que le permita a la usuaria solucionar la problemática.

Posterior a la primera sesión se elabora un plan de **seguimiento** en función a lo recabado en la primera sesión, puede tener una duración de hasta 8 sesiones, este tiene como fin verificar si se ha resuelto la crisis ya que la usuaria puede necesitar ayuda todavía, de acuerdo a lo revisado en la bibliografía se puede resumir lo siguiente:

Una situación de crisis puede tener una duración de hasta seis semanas, es un estado temporal de desorganización caracterizado por una incapacidad del individuo para resolver situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas (Martínez, 2018),

Dentro de las sugerencias se explican las técnicas que se pueden abordar, no hay un orden específico para poderlas abordar debido a que la usuaria está en un estado temporal de desorganización y pueden surgir nuevas problemáticas.

Finalmente llega la **conclusión de las sesiones**, en esta etapa final los les y las profesionales de la psicología observaran que los síntomas han ido desapareciendo por lo que es momento de finalizar las sesiones, al final del documento se muestra una sugerencia de aplicación de cuestionario para evaluar la calidad del servicio.

### **Estructura de las sugerencias de abordaje.**

La estructura se conforma de la siguiente manera una portada que contiene título del manual, nombre del autor y fecha de elaboración, después se encuentra la introducción que explica brevemente lo que contendrá el manual, seguido de un temario en el que se escribe detalladamente el contenido del manual.

Posteriormente se encuentran las sugerencias divididas de la siguiente forma: primera sesión la cual abarca cuatro momentos importantes, que son identificar el motivo de la llamada caracterizado por cuadros de diálogo como sugerencia, un cuadro de datos sociodemográficos y el de motivo de consulta.

En el paso dos se encuentran las herramientas para identificar el nivel de riesgo en el que se encuentra la usuaria este contiene un formato en el que se puede realizar el llenado de los datos sociodemográficos, motivo de consulta estos se vuelven a repetir debido a que es el formato que se podría aplicar en un caso y un cuestionario para identificar el nivel de riesgo.

En el tercer paso se encuentra la contención emocional y ayuda de manera inmediata, la cual contiene datos de canalización y un ejemplo de respiración diafragmática, por último, acompañamiento del psicólogo para elaborar alternativas que le permitan solucionar el conflicto en este paso final de describen los pasos a seguir en la técnica de solución de problemas.

La estructura del seguimiento está conformada por un cuadro que explica las diferentes técnicas abordar durante las sesiones, por último, en la conclusión de las sesiones se anexa un cuadro como sugerencia para calificar la calidad del servicio.

A continuación, se presenta la propuesta.

## **Introducción**

Las siguientes sugerencias de abordaje desde la perspectiva de género, basadas en el modelo de Intervención en crisis con Enfoque Cognitivo Conductual están dirigidas a los, les y las profesionales de la psicología que se encuentran en formación a partir del séptimo semestre, pasantes y psicólogos titulados, las recomendaciones que se presentan a continuación son teórico-prácticas, se encontrará una guía de los pasos a seguir durante una Intervención en Crisis para mujeres víctimas de violencia; contiene una plantilla para el llenado de datos estadísticos, un instrumento de evaluación de riesgo, así como una guía de canalización, al igual que las técnicas a utilizar desde el primer contacto hasta el término del seguimiento.

## **Temario**

### **Primera sesión**

1. Identificar el motivo de la llamada.

✧ Se indican los pasos a seguir desde el primer contacto con la usuaria, se muestra una sugerencia de dialogo para abordar el primer contacto; después del cuadro de sugerencia se agrega una nota con indicaciones de la práctica psicológica trans-afirmativa.



✧ Se muestra la explicación de cómo se recabaron los datos personales y se encuentra una plantilla de sugerencia de datos personales.

✧ En cuanto a la explicación teórica se describen algunos de los síntomas que caracterizan una crisis y se brindan sugerencias para realizar contención emocional. Se adjunta una plantilla para describir el motivo de consulta.

2. Aplicar herramientas para identificar el nivel de riesgo en el que se encuentra la usuaria en la llamada vía telefónica.

✧ Se muestra un cuadro con explicación teórica acerca del nivel de riesgo de la violencia contra las mujeres.

✧ Se adjunta un documento para recabar datos personales, motivo de consulta y un cuestionario de evaluación

3. Brindar contención emocional y ayuda de manera inmediata.

✧ Se ofrecen alternativas de canalización

✧ Se explica la técnica de respiración diafragmática teóricamente, a través de un cuadro, una infografía y un video con la finalidad de profundizar en el tema.

4. El psicólogo brindara acompañamiento a la persona, para que elabore alternativas que le permitan solucionar el conflicto.

✧ Se indican los pasos a seguir en la técnica de solución de problemas.

### **Seguimiento**

Se indica un plan de seguimiento en función a lo recabado en la primera sesión y se explican las técnicas que se pueden abordar en el plan de seguimiento.

### **Conclusión de las sesiones**

Se muestra una sugerencia de aplicación de cuestionario para evaluar calidad del servicio.

## **Primera sesión:**

**Paso 1:** Identificar el motivo de la llamada.

A) En el momento en el que se escuche el tono de llamada se contestará inmediatamente y se mencionará el guion inicial; indicando nombre y cargo, así como descripción del mismo. Por ejemplo:

**Línea de Atención Telefónica, le atiende... (mencionar nombre cargo, descripción del mismo) ¿En qué puedo ayudarle?**

**Nota:** Desde el primer contacto con la usuaria podría presentarse una llamada de una mujer-trans, sin embargo, este escenario se puede presentar en cualquier momento de la llamada, debido a que las mujeres-trans experimentan prejuicios y discriminación se anima a los, les y las profesionales de la psicología a contar con la provisión de competencias culturales apropiadas para el desarrollo y la práctica psicológica trans-afirmativa. (Personas conscientes, respetuosas y solidarias con las necesidades de las personas transgénero y las personas no conformes con el género).

B) Posteriormente se le pedirá a la usuaria que exprese la problemática, durante esta fase se recabaran los datos personales con la finalidad de llevar un control de las llamadas.

**Datos Sociodemográficos.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidad:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **N° de hijos:** \_\_\_\_\_

C) En ocasiones puede haber llamadas en donde la crisis sea muy evidente manifestándose en llanto, desesperación, pensamientos negativos entre otros; por lo cual sólo se le permitirá a la usuaria que hable con la finalidad de estabilizarla, haciendo uso de la escucha activa, la empatía y el respeto, esto favorece la expresión de sentimientos y que al mismo tiempo se sienta con mayor seguridad y confianza.

**Motivo de consulta:**

**Paso 2:** Aplicar herramientas para identificar el nivel de riesgo en el que se encuentra la usuaria en la llamada vía telefónica.

En esta etapa, se evaluará mediante un cuestionario con la finalidad de conocer el nivel de riesgo físico y psicológico de la usuaria.

En la siguiente tabla se muestran las características de cada nivel de riesgo

Medio	<ul style="list-style-type: none"><li>• La violencia ocurre con poca frecuencia y la mujer cuenta con redes de apoyo.</li></ul>
Alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• La violencia ocurre con mayor frecuencia, en este nivel existen secuelas físicas y psicológicas por lo que puede incrementar el nivel de riesgo.</li></ul>
Muy Alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• La violencia ocurre en mayor intensidad y frecuencia por lo que la vida de la mujer está en riesgo al igual que la vida de sus hijos e hijas, así como otras personas que dependen de ella.</li></ul>

**Tabla 1. Nivel de Riesgo Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. -**

**(ISDEMU,2021)**

## PLANTILLA PLAN DE INTERVENCIÓN

### Datos Sociodemográficos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de hijos: \_\_\_\_\_

### Motivo de consulta:

**Indicaciones:** marcar con una X la respuesta de la usuaria.

Marcar de acuerdo con la siguiente puntuación (0- nunca), (1-Algunas veces), (2-Frecuentemente) y (3-Siempre).

**Valoración de riesgo:**

Moderado:(1-9)

Alto (10-20)

Muy alto (21-30)

### CUESTIONARIO PARA CONOCER EL NIVEL DE RIESGO

<b>PREGUNTA</b>	<b>Nunca 0</b>	<b>Algunas Veces 1</b>	<b>Frecuente mente 2</b>	<b>Siempre 3</b>	<b>Puntaje</b>
1. ¿En algún momento ha recibido atención psicológica para tratar la problemática?					
2. ¿Con qué frecuencia recibe violencia por parte del agresor?					
3. En algún momento el agresor le ha prohibido que se relacione con familiares y amigos.					
4. ¿El agresor le ha prohibido que trabajé?					
5. ¿El agresor consume sustancias nocivas para la salud?					
6. ¿El agresor la ha forzado a tener relaciones sexuales?					
7. ¿En el lugar donde habita el agresor hay menores de edad, personas con discapacidad y de la tercera edad? En caso de que la respuesta sea sí. ¿En algún momento los ha violentado?					

8. ¿La ha intentado estrangular, asfixiar, apuñalar, quemar, amenazar con armas o asesinar? ¿Con qué frecuencia lo ha realizado?					
9. ¿La ha amenazado con quitarle la vida?					
10. ¿En algún momento ha intentado salirse de su casa y el agresor lo ha impedido?					
<b>TOTAL</b>					

Fuente: Elaboración propia

**Paso 3.** Brindar contención emocional y establecer plan de seguridad.

A) A partir del análisis de la evaluación de riesgo, se sugiere elaborar un plan de seguridad este contribuye a aumentar la seguridad de las mujeres y es fundamental en los casos de riesgo moderado alto y muy alto.

El **Plan de Seguridad**, es una herramienta que sirve para mejorar la seguridad de la mujer víctima de violencia y prepararlas con anticipación para algún ataque violento que pueda ocurrir en el futuro. Por lo tanto, tiene como objetivo contribuir a la prevención y reducción de las formas más graves de violencia de género, brindando alternativas de atención, orientación e información que le permitan a la mujer reducir el peligro al que se enfrenta (SEMujeres,2019)

El siguiente plan de Seguridad está basado en la "Guía para la elaboración del Plan de Seguridad Lunas ", (Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México, 2019).

Antes de comenzar a elaborar el plan de seguridad es importante tomar nota de algunos datos a considerar entre ellos: explorar si la mujer tiene la posibilidad de resguardar su seguridad y la de sus hijos, si cuenta con alguna red de apoyo, en

caso de un plan de emergencia esta puede incluir familiares y amistades cercanos que pueden apoyarla con recursos económicos o con apoyo emocional a quien puedan contarle la problemática sin ser juzgadas ni recibir críticas.

Es necesario preguntar si alguno de los miembros de la familia tiene algún tipo de discapacidad, si tiene alguna enfermedad crónica, embarazo o bien un recién nacido que obstaculizan la toma de decisiones, también es importante preguntar cómo ha resuelto anteriormente las situaciones de crisis y si ha realizado alguna denuncia o se encuentra en proceso de separación o divorcio.

Ejemplo:

Mujer de 35 años de edad se comunica por violencia física y psicológica, su pareja la intimida, en algunas ocasiones ha llegado a golpearla, actualmente se encuentra embarazada , tiene un hijo de 8 años y una hija de 5 años.

Se le pregunta si cuenta con alguna red de apoyo, por ejemplo:

-¿Alguno de sus familiares está enterado de la situación de violencia por la que está enfrentando?

-¿Alguno de sus familiares, amigos o conocidos es su red de apoyo?

Se le pregunta como ha resuelto anteriormente situaciones de crisis y si hay alguna denuncia o una separación o divorcio en proceso. Ejemplo:

-Anteriores ¿Cómo ha logrado resolver momentos de crisis?

-En algún momento, ¿ A realizado alguna denuncia por violencia?,¿ Hay algun tramite por divorcio?

El cuadro que se encuentra a continuación es un ejemplo de Planificación Personal de Seguridad, el objetivo de este es aumentar la seguridad de la



víctima, puede ser usado como plantilla para poder ordenar los datos o bien utilizarlo como sugerencia y adaptarlo a las necesidades de la usuaria.

## PLANIFICACIÓN PERSONAL DE SEGURIDAD

I. Sugerecias para aumentar la seguridad Tener disponibles los números de teléfono que son importantes para mí y mis hijos e hijas

• Yo le puedo contar a \_\_\_\_\_ y a \_\_\_\_\_ sobre la violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen ruidos en mi casa

• Si decido salir de la casa, yo me puedo ir a (4 sitios posibles):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

• Si salgo de la casa para protegerme, yo me llevaré: - el bebé y mis hijos o hijas pequeñas

- documentos \_\_\_\_\_

- medicinas \_\_\_\_\_

- objetos de valor \_\_\_\_\_

- dinero \_\_\_\_\_

- otros \_\_\_\_\_ •

Para mantener mi seguridad e independecia yo debo: - Siempre tener una tarjeta telefónica - Practicar la ruta de escape

• Solo yo debo conocer mi plan de seguridad para evitar riesgos II. Sugerecias para aumentar su seguridad cuando se acaba la relación

- Yo podría: Cambiar las cerraduras de las puertas, instalar puertas de metal y poner un sistema de luces fuera de la casa
  
- Informarle a \_\_\_\_\_ y a \_\_\_\_\_ que mi compañero ya no vive conmigo y si lo ven cerca de mis hijos o de mi casa que llamen a la policía
  
- Voy a dejar con la persona que cuida a mis hijos, una lista de nombres de quienes pueden recogerlos Las personas autorizadas son \_\_\_\_\_
  
- En el trabajo, puedo hablar con \_\_\_\_\_ acerca de mi situación
  
- Podría evitar las tiendas, bancos y \_\_\_\_\_ que usaba mientras estaba con mi pareja
  
- Podría obtener una medida de protección, por ejemplo: \_\_\_\_\_
  
- Si siento que quiero regresar con la persona que me maltrataba, yo llamaré a \_\_\_\_\_
  
- Los números de teléfono de importancia son: \_\_\_\_\_
  
- Lista de documentos y objetos para llevarme: \*carnet de seguro social / ISSSTE, credencial IFE / INE, boletas o documentos escolares de mis hijas/os, órdenes de protección, papeles de divorcio, papeles del seguro, algunos juguetes, dinero, libretas del banco, tarjetas de crédito, artículos de valor sentimental, libreta de teléfonos, libros de mis hijos, medicinas, ropa y \_\_\_\_\_

Fuente: Secretaría de las Mujeres Ciudad de México (SEMUJERES,20

Aun contando con una red de apoyo es importante brindar información de instancias especializadas las siguientes son algunas de las que se ubican en la zona metropolitana en caso de ser de otra región se realizara búsqueda en internet para brindar información.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)

(55) 5322-6030

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)

(55) 5345 5248 y (55) 5345 5249

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM)

Teléfono: (55) 5209 8800, ext. 30370

ADIVAC Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C.

Atención médica, legal y psicológica

Tels. (55) 5682 7969 y (55) 5543 4700

Secretaria de las Mujeres

Teléfono: (55) 55122836

Emergencias 911 -Seguridad Pública, (Unidad de Contacto del Secretario) 55 5208 9898

Línea Mujeres 55 5658 1111

- A continuación, se muestran los datos de algunos refugios en caso de no contar con redes de apoyo:

Red Nacional de Refugios

Ciudad de México: (55) 56749695 y (55) 52436432

Interior de la República: 800 822 44 60

Refugios para mujeres que viven violencia extrema

Comunicarse al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud Federal al siguiente teléfono:

(55) 52 63 91 00 ext. 59167# 59131# 59166

Después de realizar la planificación de seguridad se deberán tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a) Mencionar a la víctima de violencia que deje en casa de alguna de las personas de red de apoyo mudas de ropa, documentos importantes, medicamentos, etc.; esto en caso de tener que salir inesperadamente por un evento de violencia.
- b) Establecer una señal de auxilio con alguna red de apoyo en caso de que se encuentre en peligro y no poder realizar ninguna llamada, para que se pueda hacer el llamado a las autoridades.

El siguiente cuadro es un ejemplo de Plan de Seguridad, es de suma importancia considerar las acciones que se realizarán inmediatamente, las de corto y mediano plazo y éste debe ser elaborado por la víctima, por lo tanto, puede ser usado como plantilla o como una guía para elaborar el Plan de Seguridad, la recolección de los datos es indispensable para saber cómo se puede actuar en un caso de emergencia donde corre peligro la vida de la víctima.

## **PLAN DE SEGURIDAD PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA**

1. Evaluación de cuatro incidentes de violencia: - El primero, el incidente típico, el peor de todos y el último. (Describir cada uno)

---

---

---

---

- El primer evento de violencia que recuerda:

---

---

- El evento de violencia que casi siempre acontece:

---

---

- El peor evento de violencia que se ha presentado:

---

---

Otro evento de violencia que quiera mencionar:

---

---

2. Detalles que anticiparon el incidente agudo: ¿Qué dijo él? / ¿Cómo lo dijo? / Capacidad de escucha / Presencia de drogas o alcohol.

3. Elementos que detonaron el incidente de violencia

a. Abuso de alcohol y/o drogas ilícitas Sí\_\_ No\_\_

b. Falta de dinero para gastos del hogar Sí\_\_ No\_\_

c. Problemas que la persona agresora haya tenido en el trabajo Sí\_\_  
No\_\_

d. Eventos deportivos a los que es aficionada la persona agresora Sí\_\_  
No\_\_

e. Visitas de familiares o de alguna otra persona conocida Sí\_\_ No\_\_

f. Temas con los que suele molestarla o violentarla Sí\_\_ No\_\_

g. Otros (especificar) \_\_\_\_\_

4. ¿En dónde comienza usualmente la violencia? Sala, dormitorio, cocina, otro. 5. ¿En qué fechas (días) y horarios?

5. ¿En qué fechas (días) y horarios es más común que la persona agresora la violente?

6. Horarios: Mañana \_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_ Noche \_\_\_\_\_

Días: Entre lunes y viernes \_\_\_\_\_ Fines de semana \_\_\_\_\_

Días festivos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

7. Dibujo de la casa (posible plan de escape), puertas, ventanas, salidas, señalar el nivel en que se encuentra y de manera aproximada cuánto tarda en salir del lugar (entre más específica sea la persona se contará con mayores elementos para el Plan de Seguridad)

- Señalar Bebé(s) o hijos e hijas menores - Señalar hijos o hijas mayores - Número de habitaciones, ventanas por habitación, vías de salida.

Se debe ser lo más descriptiva posible. Hacer el dibujo en una hoja blanca para revisar habitaciones, ventanas, vías de salida, calles, etc

8. Lista de cosas que necesita la mujer: Dinero, ropa, medicinas, objetos de valor, documentos oficiales, llaves del domicilio, trabajo, auto

9. Ubicación en un lugar seguro: policía, familia, amistades, refugio

10. No debe comunicar al agresor el plan: Tomar en cuenta condiciones para un posible regreso, el ciclo de la violencia y la posibilidad de muerte demostración

11. Recomendar a la usuaria evitar enfrentamientos con el agresor

Fuente: Secretaría de las Mujeres Ciudad de México (SEMujeres,2019)

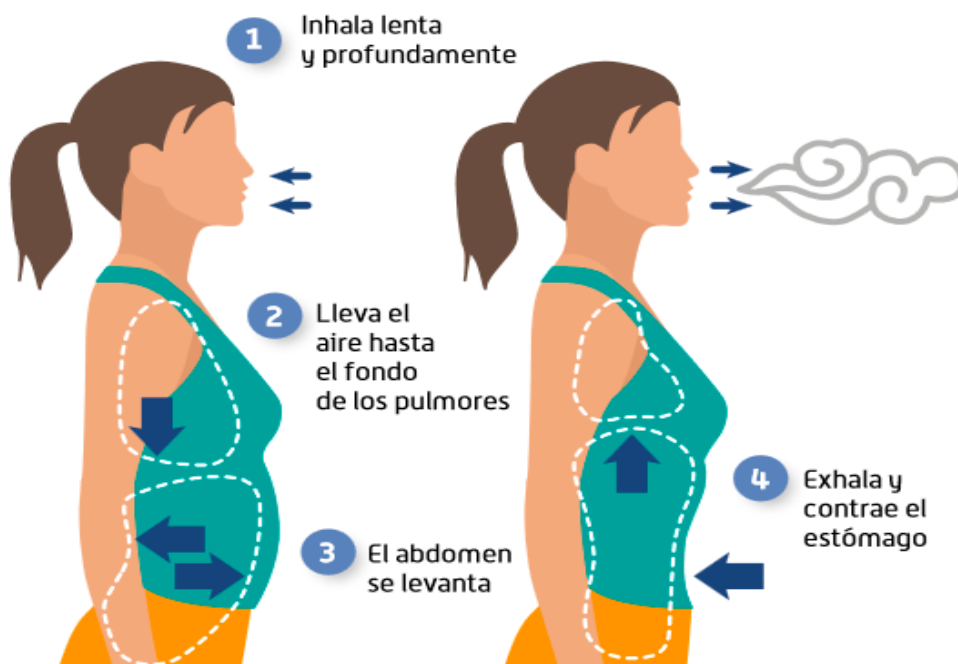
B) Intervención en crisis, primera instancia.

Después de escuchar la problemática, realizar la evaluación de riesgo, y establecer el plan de seguridad se puede hacer uso de las técnicas de relajación ya que son ejercicios prácticos que le permitirán a la usuaria restablecerse.

La respiración diafragmática nos ayuda a mantener equilibrio de oxígeno y dióxido de carbono, cuando respiramos se activa el sistema nervioso parasimpático, responsable de las sensaciones de paz y tranquilidad, este facilita el descenso de las constantes vitales, disminuye el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la tensión muscular, en resumen respirar profundamente y desde el

diafragma , ayuda a mejorar nuestra salud en general por lo tanto puede tener efectos sobre la autoestima y nos sirve para evitar la ansiedad (Psicología y Mente, 2022)

Respiración diafragmática
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Lo ideal es que sea en una posición acostada y cómoda sin embargo puede ser acostada o parada.</li><li>❖ Se le pide a la usuaria que coloque la mano izquierda abajo del ombligo y la derecha sobre su pecho.</li><li>❖ Se le indicará que respire con la parte baja de los pulmones para que infle el estómago.</li><li>❖ Finalmente se pide que expulse el aire por la boca hasta vaciar los pulmones</li></ul>



**Figura 1. La respiración diafragmática**

Fuente: Asociación Madrileña de Agorafobia

<https://amadaq.com/la-respiracion-diafragmatica/>

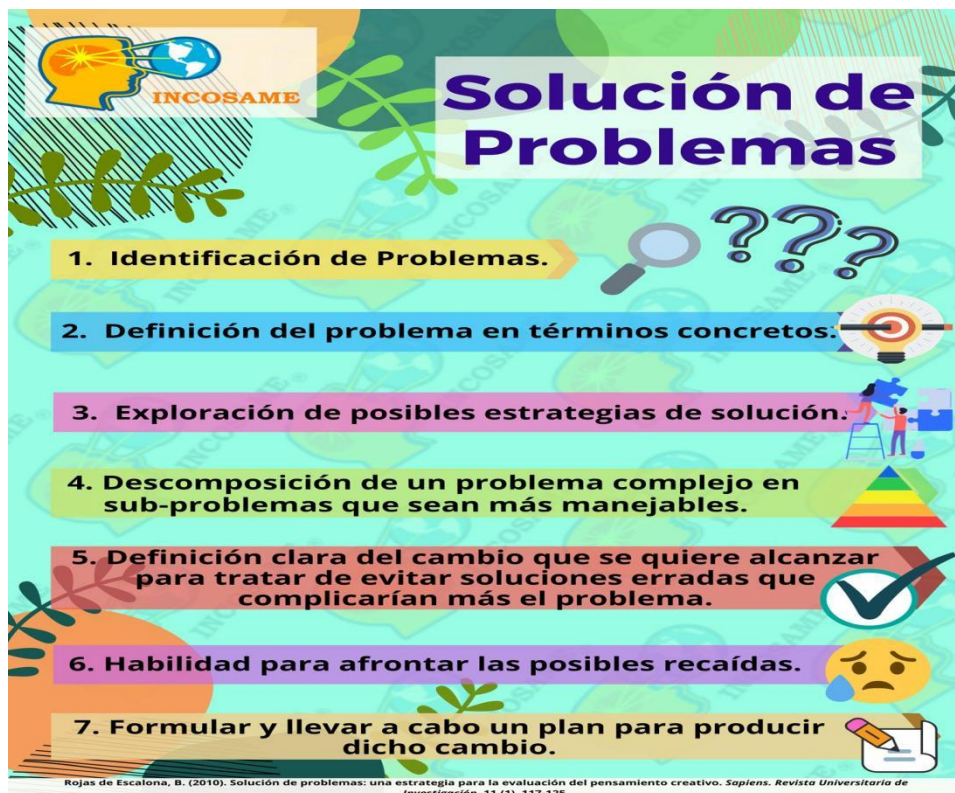


En el siguiente link se encuentra un video, con una descripción detallada de los pasos a seguir en la respiración diafragmática.

[https://www.youtube.com/watch?v=bO\\_oXpUf3rM](https://www.youtube.com/watch?v=bO_oXpUf3rM)

**Paso 4.** El psicólogo brindara acompañamiento a la persona, para que elabore alternativas que le permitan solucionar el conflicto.

La técnica de solución de problemas tiene como objetivo dotar de habilidades a la usuaria para que pueda resolver las problemáticas por las que se enfrenta. Está consta de las siguientes fases:



Fuente: Instituto Internacional de Terapias Cognitivo-Comportamentales (INCOSAME, 2019) Disponible en:

<https://www.facebook.com/INCOSAMEOficial/posts/2508511775904276/>

## **Seguimiento.**

1. Se planteará un seguimiento en función a los resultados.

La evaluación inicial nos indica que problemáticas son las que se trabajaran principalmente, como profesionales de la salud mental sabemos que puede haber avances como retrocesos en la intervención, después de conocer el nivel de riesgo en el que se encuentra la usuaria, se trabajará en éste, conforme se vaya resolviendo la problemática, se puede ir trabajando con otras situaciones mencionadas por la usuaria.

### *Plan de Seguimiento.*

En las siguientes sesiones se dará seguimiento de acuerdo con los resultados de la primera sesión, éste puede tener una duración de hasta 8 sesiones, por lo que se trabajará con las siguientes técnicas.

Aplicación: No hay un número de orden específico de aplicación, las técnicas se pueden aplicar de acuerdo con las problemáticas que surjan.

Técnica	Contenido
Psicoeducación	Explicación de la Violencia contra las mujeres, causas, consecuencias, ciclo de la violencia, nivel de riesgo, tipos de violencia.

## VIOLENTOMETRO

**¿HAS VISTO EL VIOLENTÓMETRO ÚLTIMAMENTE?**

Las tecnologías han cobrado gran relevancia en la interacción de las personas, por lo que se incorporaron algunas de las violencias más representativas que se están produciendo en la era digital.

The infographic is a vertical bar chart with a red-to-yellow gradient. It lists various digital violence types on the left and their definitions on the right. The types include: EDUCACIÓN, #CeroToleranciaALaViolencia, Desastiga #Misias app, Necesitas ayuda profesional!, Reaccional, No te dejes abrumar!, Te acorralan, y la violencia en internet, Te acorralan, y la violencia en internet, Intimidar, amenazar, Hostigar en público, Radicalizar, ofender, Discriminar, Culpabilizar, Acechar/Stalkear redes sociales, Celar, Ignorar, hoy día todo, Mentir, engañar, Chantajeo, Sextorsión, y Acechar/Stalkear redes sociales.

**ASESINAR (Homicidio/Feminicidio)**  
Con la intención de visibilizar la expresión más cruenta de violencia contra las mujeres, se incluye el término feminicidio, un problema social cuya prevención y atención es una emergencia nacional.

**DIFUNDIR CONTENIDO ÍNTIMO SIN CONSENTIMIENTO POR MEDIOS DIGITALES**  
Hace referencia a compartir imágenes y/o videos de índole sexual y privado sin el consentimiento de la persona, situación que violenta su intimidad.

**SEXTORSIÓN**  
Es una manera de chantajear a una persona con publicar/difundir/divulgar contenido íntimo (mensajes de texto, fotos o videos) si no accede a lo solicitado.

**ACECHAR/STALKEAR REDES SOCIALES**  
Se trata de espiar, vigilar o acechar a una persona mediante redes sociales.

ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA.

EDUCACIÓN | Instituto Politécnico Nacional "La Técnica al Servicio de la Patria"

ipn.mx

Otra alternativa psicoeducativa puede ser el uso de contenido musical.

**Rebeca Lane:** es una artista, socióloga, poeta y cantante de rap feminista y anarquista guatemalteca.

Sus letras contribuyen a visibilizar y confrontar la violencia contra las mujeres.

A continuación, se muestran algunas de las canciones que pueden considerarse material psicoeducativo.

Este cuerpo es mío Rebeca Lane.

	<a href="https://youtu.be/dT2mTKwXIG8">https://youtu.be/dT2mTKwXIG8</a>
Técnicas de relajación	<p>La finalidad de las técnicas de relajación es disminuir la activación emocional.</p> <p>Entre ellas Relajación Progresiva, Respiración Diafragmática e Imaginería Guiada.</p>
Reestructuración cognitiva	<p>En esta técnica se trabajarán los pensamientos de culpa, la desesperanza, el pensamiento catastrófico, negación.</p> <p>Para cambiar estos tipos de pensamiento, se reforzará lo positivo, cambio de perspectiva, se hará referencia a situaciones anteriores que se hayan resuelto satisfactoriamente con la finalidad de reforzar lo positivo.</p>
Terapia de Activación Conductual	Utilizada para el tratamiento contra la depresión, tiene como objetivo aumentar las actividades placenteras y adaptativas.
Biblioterapia	<p>Se utilizarán libros que hagan referencia a la violencia contra las mujeres con la finalidad de psicoeducar sobre el tema.</p> <p>Sugerencias de libros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Herrera C. (2018) Mujeres que ya no sufren por amor. Transformando el mito del amor romántico. Los libros de la Catarata.</li> <li>❖ Norwood R. (1986) Las mujeres que aman demasiado. Cuando usted siempre desea y siempre espera que él cambie. Javier Vergara Editor. México.</li> </ul>

	❖ Serrano M. (2011) Diez Mujeres. Editorial Alfaguara.
--	--

**1. Concluir la intervención y evaluar si se cumplieron con las metas.**

Para finalizar se realizará una valoración de la evolución con respecto a la primera sesión, si hay una favorable evolución, los síntomas agudos ya no están presentes y el riesgo ha disminuido por lo que la usuaria puede realizar actividades de la vida cotidiana.

Se realizará una breve encuesta para conocer la calidad del servicio.

<b>Pregunta</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy Satisfecho</b>
¿Cuál es tú nivel de satisfacción en cuanto a la calidad del servicio?			
¿Cuál es el nivel de satisfacción en cuanto a las estrategias utilizadas por el psicólogo?			
Después de haber concluido las sesiones ¿Cuál es el nivel de satisfacción, en cuanto a la intervención?			

**Conclusión de las sugerencias de abordaje**

Debido a que las distintas problemáticas se abordan de diferente manera y se requiere de un plan de acción específico para cada una de ellas, las anteriores sugerencias de abordaje desde la perspectiva de género cumplen con el objetivo inicial ya que son una propuesta de mejora para atender casos de violencia contra las mujeres en situación de crisis y brindan herramientas para que puedan aplicarlas de una forma más clara y sencilla, por ejemplo en el caso de la violencia contra los hombres no se aplican los mismos tipos de acciones ya que históricamente la figura masculina ha sido caracterizada por la fuerza física y por la insensibilidad, mientras que en la violencia contra las mujeres históricamente durante muchos años hemos sufrido de actos violentos por el simple hecho de ser mujeres, estos actos perpetúan las estructuras de poder que han permitido la desigualdad entre los sexos.

Por otra parte cuando hablamos de la categoría género, como se mencionó en el capítulo 1, nos referimos a la violencia ejercida hacia hombres, mujeres y personas transgénero, por lo que en las sugerencias de abordaje se incluye lenguaje inclusivo ya que en su gran mayoría las víctimas de violencia son las mujeres, pero también es importante nombrar otras identidades sexuales por lo que se anexo un apartado para incluir a las mujeres transgénero y transexuales, en el que se anima a los, les y las profesionales de la psicología a contar con provisiones de competencias culturales para la práctica psicológica transafirmativa, por lo tanto el movimiento feminista necesita tener estrategias claras como es la interseccionalidad, a través de esta herramienta todas podemos ser nombradas, ya que sí se aceptan discursos transexcluyentes sería aceptar discursos discriminatorios.

Para fundamentar lo antes mencionado Foucault denominó prácticas divisorias al agrupamiento social separado físicamente del grupo social por exhibir una diferencia, estaba interesado en la forma en que las sociedades introducían prácticas y estructuras a las creencias institucionales específicas, convirtiéndolas en leyes científicas, psicológicas, religiosas y morales; sin embargo su extensa colección de escritos deconstruyó muchos de los discursos contruidos culturalmente, así como las representaciones de lo que nosotros como sociedad debemos percibir como normal o anormal (Madigan,2019).

Más tarde, (White, citado en Agudelo y Arango ,2012, p.6) se refiere a la terapia narrativa como un camino al proceso para la deconstrucción (Proceso que implica deshacer las historias de las personas en formas que ellas juzgan sin salida).

Según las construcciones sociales (Gergen, citado en Agudelo y Arango,2012, p.4) Se conciben las categorías y supuestos que denotamos como conocimiento válido, son mantenidos por "instituciones sociales, morales, políticas y económicas" y son sustentadoras de las mismas.

Con lo mencionado en los párrafos anteriores se puede concluir, que lo que denotamos como conocimiento válido es todo aquello que monitorea o conduce una figura de autoridad, tal es el caso de la homosexualidad por durante mucho tiempo fue considerado un trastorno mental, su rechazo está basado en prejuicios morales relacionados con la religión, en algunas ocasiones se basan en argumentos biológicos y médicos, todo esto con la finalidad de ejercer poder y tener un control social que se denomina como la heteronorma; más tarde con la despatologización de la desviación sexual actualmente implica una lucha

continua, en la que a través de la terapia narrativa feminista como complemento a la terapia cognitivo conductual , podemos deconstruir y construir un espacio donde se rompen premisas sesgadas y esquemas basados en prejuicios que revictimizaban a la mujer aumentando sentimientos de culpa y que invisibiliza la violencia.

Antes de intervenir en una situación de crisis es necesario capacitar a los las y les profesionales de la psicología con metodología científica y basada en evidencia, por lo tanto, el formato del manual es descriptivo esto se refiere a que es teórico-práctico, mediante la demostración de cuadros de diálogos sugeridos, figuras y videos con el objetivo de desarrollar nuevas habilidades en los operadores telefónicos.

### **Conclusiones**

El presente documento surgió después de mi estancia en el Programa de Atención Psicológica UNAM, al observar que se carecía de una guía de atención para los les y las profesionales de la psicología para una de las problemáticas con más demanda, las llamadas de usuarias que son víctimas de violencia , por lo que el objetivo fue diseñar sugerencias de abordaje desde la perspectiva de género, sobre el modelo de Intervención en crisis con enfoque cognitivo conductual para la atención vía telefónica a mujeres en situación de violencia dichas sugerencias tienen la finalidad de brindar herramientas para que la Intervención sea más práctica y sencilla.



Las aportaciones que supone este trabajo con respecto a la violencia y el panorama de la violencia en México, son las siguientes:

Diversas teorías a lo largo de la historia tratan de explicar el fenómeno de la violencia han sido propuestas por diversos investigadores entre los que predominan psicólogos , antropólogos y sociólogos, actualmente existen cuatro teorías que explican el fenómeno, los conocimientos sobre psicobiología humana, las dimensiones de personalidad, el aprendizaje social de las conductas y desde la perspectiva de género por lo que podemos definir el concepto de violencia como todo acto de poder en este caso en contra de la mujeres y tiene como resultado un daño físico o psicológico .

Conviene subrayar que las causas de la violencia contra las mujeres se deben a diversos factores entre ellos, los socioculturales este nos explica que la violencia ha sido aprendida y el poder que ejercen los hombres hacia las mujeres, es un rasgo característico del patriarcado, dentro de los factores individuales el alcoholismo es uno de los más mencionados; factores comunitarios donde las clases sociales bajas son las que presentan más casos, factores familiares como la toma de decisiones de la familia y finalmente factores protectores cuando la ausencia de apoyo social se relaciona con una mayor incidencia de violencia.

De acuerdo a lo investigado y las estadísticas de la encuesta ENDIREH 2021 EL 70.1% de las mujeres mencionaron ser víctima de violencia emocional, física, sexual y discriminación a lo largo de su vida y en al menos un ámbito y ejercida

por cualquier agresor , siendo el año 2021 con la tasa más alta de presuntos feminicidios es un claro ejemplo que aunque se han creado leyes que protegen a las mujeres aún nos encontramos en un sistema de impunidad donde predomina el sistema patriarcal y desigualdad.

En base a lo descrito anteriormente y haber observado que la Violencia contra las Mujeres es una gran problemática social es importante mencionar que al intervenir en una situación de crisis es necesario capacitar a los les y las pprofesionales de la psicología con metodología científica y basada en evidencia, desde una perspectiva de género , ya que las características del espacio en donde se reciba apoyo psicológico debe ser incluyente y sin temor de ser revictimizadas como en la psicología tradicional.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado se requiere de protocolos que atiendan las necesidades de las usuarias es por ello que, en las sugerencias, se presenta un cuestionario de evaluación de riesgo que sirve como apoyo para que los, les y las profesionales de la psicología puedan identificar el nivel de riesgo en el que se encuentra la usuaria y brindar alternativas de canalización.

En este documento se hace uso del enfoque cognitivo conductual ya que el enfoque se centra en los pensamientos, las emociones y los comportamientos de los individuos por lo que puede ser más práctico tanto para la usuaria como para los psicólogos, ya que en algunas ocasiones la usuaria se comunica sólo una vez.

El modelo de Intervención en crisis caracterizado por su pronta atención tiene como finalidad hacer frente a la situación por la que está enfrentando la usuaria, es una forma de prevenir los trastornos mentales ya que un evento como éste fenómeno puede llevar a la usuaria a tener miedo a perder el sentido de identidad ya que las situaciones de crisis pueden llevar hasta eventos traumáticos.

Para concluir y retomando lo antes mencionado las sugerencias de abordaje son una aportación a los protocolos ya existentes para abordar situaciones de crisis ya que como se mencionó los diferentes tipos de problemáticas requieren de una actuación específica, por lo tanto es importante abordar desde la perspectiva de género ya que rompe el esquema de los papeles sexuales tradicionales , deconstruye los mitos misóginos y cuestiona el modelo social en el que las mujeres por muchos años han sido sometidas a mandatos patriarcales.

## Referencias

Agudelo M. & Arango A. (2013) Terapias narrativa y colaborativa: una mirada con el lente del construccionismo social. Revista Facultad de Trabajo Social. Colombia.

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/2437/2212>

Alanís, N. (2018) Reestructuración Cognitivo Emocional tras un proceso de duelo integrando Técnicas Breves Centradas en Soluciones y Cognitivo-Conductuales. Requisito parcial para Optar el grado de Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve. Facultad de Psicología. Subdirección de Estudios de Posgrado. Universidad Autónoma de Nuevo León; México.

Recuperado en

<https://core.ac.uk/download/pdf/227485529.pdf>

Amaya, M. C. (2021) Demanda en el servicio Psicológico a Distancia por Violencia Intrafamiliar durante el confinamiento por Pandemia Covid-19. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. División de Estudios Profesionales. UNAM. México. &&&

Andres, L & Felipe, M. (2004) Intervención Psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid.

<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/89953.pdf>

Antúnez, I. (2012) Psicoterapia Cognitivo - Conductual: De la primera a la tercera generación. Tesina que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México.

Aparicio, D. (2013). El modelo Cognitivo de la Depresión. PYCIENCIA. <https://www.psyciencia.com/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>

Aragón, A. (2022) Intervención basada en la Terapia de aceptación y Compromiso para jóvenes con perfeccionismo desadaptativo. Tesis que para obtener el título de Maestría en Psicología. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Residencia en Medicina Conductual. Facultad de Psicología. UNAM.

Arias N. (2013) Evaluación Neuropsicológica en Internos Penitenciarios Mexicanos: un estudio desde las entidades clínicas. Tesis que para optar por el grado de: Doctora en Psicología. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Neurociencias de la Conducta.UNAM.

Barberá E., Martínez I. (2004) Psicología y Género. Editorial Pearson.

Barraca J. (2010) Tratamiento de Activación Conductual para la Depresión (TACD) Descripción, técnicas y aplicación. Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León. España.

<http://jorgebarraca.com/wp-content/uploads/Tratamiento-de-Activacion-Conductual-para-la-Depresion-TACD.pdf>

Bezanilla J; Álvarez Martínez J. & Miranda M. (2021) Los que-haceres de la pandemia: miradas, perspectivas y alternativas en tiempos del COVID-19. Generis. Publishing. México.

Caro, Isabel (2011) Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas. Modelos y técnicas principales. Descleé de Brouwer. Biblioteca de Psicología. España.

Carrasco E. (2021) Intervención en crisis en pacientes con diagnóstico VIH. Tesina que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México.

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) y Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH) (2012). Femicidio e impunidad en México: Un contexto de violencia estructural y generalizada. Recuperado el 13 de junio de 2022. <https://cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh-femicidio-e-impunidad-en-mexico-un-contexto-de-violencia-estructural-y-generalizada.pdf>

Chapa A. (2020) Estrategias de Intervención ante la violencia por razones de género en las Instituciones de Educación Superior. Incorporación de una perspectiva feminista por el acompañamiento psicológico en casos de violencia de género en las Instituciones de Educación Superior.

Chouza L. (2018) La Psicoeducación: pilar fundamental en la terapia cognitivo - conductual. Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad.

<https://centroima.com.ar/la-psicoeducacion-pilar-fundamental-en-la-terapia-cognitivo-conductual/#:~:text=La%20Psicoeducaci%C3%B3n%3A%20pilar%20fundamental%20en%20la%20terapia%20cognitivo%2Dconductual,-La%20Psicoeducaci%C3%B3n%3A%20pilar&text=La%20Psicoeducaci%C3%B3n%20consiste%20en%20la,y%20del%20encuadre%20de%20tratamiento.>

Conzuelo L. (2021) Programa de Atención Psicológica a Distancia: Prácticas de mejora con base en las estadísticas de septiembre 2018-Marzo 2019. Informe Profesional de Servicio Social para Obtener el Título de Licenciada en Psicología.

Cruz I. (2018) Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Niños a partir del Juego de Roles: Enfoque Histórico Cultural. Tesis que para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Carrera de Psicología. UNAM. México.

DEC Facultad de Psicología UNAM ,2012, Conferencia Call Center UNAM a un año de Inicio Mtro. Jorge Álvarez Martínez.  
<https://www.youtube.com/watch?v=Y4YE5pE874A&t=265s>

Echeburúa E. y Redondo S. (2010) ¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? Ediciones Pirámide.

García. J. (2014) Modelo de Toma de Decisiones.Psicoterapeutas.Com. Recuperado en <https://psicoterapeutas.com/toma-de-decisiones/modelo-de-toma-de-decisiones/>

García, Y. (2016) Propuesta de Intervención desde la Terapia Cognitivo Conductual para pacientes con Diabetes. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Universidad Salesiana. Escuela de Psicología. Incorporada a la UNAM. México.

Gempeler, J. (2008) Terapia Conductual Dialéctica. En Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 37, núm. 1, 2008, pp. 136-148.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a11.pdf>

Gómez M. (2020) Primera experiencia de atención psicológica en un hospital único de pacientes con COVID.  
<https://www.redaccionmedica.com/opinion/maria-del-rocio-gomez-hermoso-1383/primera-experiencia-de-atencion-psicologica-en-un-hospital-unico-de-pacientes-con-covid-6909>

González. A. (2013). Modelo de Intervención en Crisis para personas afectadas por el Virus de Influenza (A H1N1). Tesina que para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.

González L. (2013) Terapia Cognitivo Conductual basada en el Mindfulness: propuesta de aplicación en personas con síntomas depresivos. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Sistema Universidad Abierta y a Distancia. UNAM. México.

Guardia, L. (2016) Análisis y detección de la violencia de género y los procesos de atención a mujeres en situación de violencia. Ediciones Paraninfo.

Gutiérrez Castañeda, G. (Comp.) (2002). Feminismo en México. Revisión histórico-crítica del siglo que termina. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM. México.

Hayes S. Strosahl k, Wilson K. (2014) Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente. Mindfunless. Biblioteca de Psicología. Desclee de Brower.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2016) Tipos de Violencia.

Disponible en:

<https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENDIREH2016>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2021) Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Principales Resultados Disponible en:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf)

Instituto Nacional de las Mujeres (2012) Manual de Atención Telefónica Vida sin Violencia Tomo II. Conceptos y lineamientos generales para la atención telefónica. México. Disponible en:

[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101212.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101212.pdf)

Institutoo Nacional de las Mujeres. (2011) Entrenamiento Psicoterapéutico para el Manejo del Estrés en Incidentes Críticos. Guía Metodológica. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex\\_meta6\\_2011.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta6_2011.pdf)

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (2021). Herramientas para la valoración del riesgo de las mujeres que enfrentan violencia. El Salvador. Recuperado de: [https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/herramientas\\_valoracione\\_riesgos-violencia\\_2021.pdf](https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/herramientas_valoracione_riesgos-violencia_2021.pdf)

Jiménez, N. (2009) Violencia Contra la Mujer en México: Herencia del Discurso Religioso. Tesina que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México.

Kazdin, A. (2000) Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Manual Moderno. México

Kohlberg R., Tsai M., Ferro R., Valero L., Fernandez A. y Virúes J. (2004) Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33750209.pdf>



Laso E., Macias L., Cirici R., Viaplana G.,( 2020)Facilitando la separación psicológica de las mujeres en proceso de terminar una relación de pareja violenta. Disponible en:

[https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989\\_9912\\_cc\\_11\\_1\\_e1.pdf](https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_11_1_e1.pdf)

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México. (2022) Capítulo II. De las Modalidades de la Violencia.

Disponible en:

[https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY\\_DE\\_ACCESO\\_DE\\_LAS\\_MUJERES\\_A\\_UNA\\_VIDA\\_LIBRE\\_DE\\_VIOLENCIA\\_DE\\_LA\\_CD\\_MX\\_8.6.pdf](https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DE_LA_CD_MX_8.6.pdf)

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) Título II. Modalidades de la Violencia. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Lujan, M. (2013) Violencia contra las mujeres y alguien más. Tesis Doctoral. Facultad de Derecho. Universidad de Valencia. España.

López, B. (2016) La técnica de Relajación Muscular Progresiva como Método para tratar la Hipertensión Esencial. Tesis que para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Insurgentes. Plantel Xola. UNAM. México.

López D. & Ortega G. (2019) Propuesta de Intervención basado en la Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que vivieron agresión sexual. Universidad Alzate de Ozumba. Incorporada a la UNAM. México.

Machado M; Castañeda R; Gómez I; Alonso C. & León A. (2021) Experiencia del servicio de consejería telefónica a personas con afectaciones psicológicas asociadas al aislamiento social. <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068641023/html/>

Madigan S. (2019) Narrative Therapy Second Edition. Theories of Psychotherapy Series. American Psychological Association. Washington.

- Madrigal, A. (2017) Propuesta de un Manual de Técnicas de Intervención en Crisis. Informe Profesional de Servicio Social que para obtener el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Mancera, N. (2009) Propuesta de un Manual de Terapia Cognitiva dirigida a usuarios sexo Femenino del SAPTEL que presentan sintomatología depresiva. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Márquez, J. (2020) "Sociedad y Violencia contra la mujer". El papel del trabajo social en la atención e institucionalización de los fenómenos de la violencia hacia la mujer. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. México.
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009) Primeros Auxilios Psicológicos. Proyecto Editorial Psicología Clínica. Editorial Síntesis. España.
- Martínez, A. (2018) Protocolo de Intervención en Crisis vía telefónica para personas con Ideación Suicida. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Monárrez, J.; Cervera, L.; Fuentes, C. & Rubio, R. (2010) Violencia contra las mujeres e inseguridad ciudadana en Ciudad Juárez. El Colegio de la Frontera. Miguel Ángel Porrúa.
- Moreno A. (2012) Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena Mindfulness. Revista Internacional de Psicología. Instituto de la Familia Guatemala.
- Mosqueda A. (2021) Primeros Auxilios Psicológicos en el sistema de emergencias. Manuscrito Recepcional. Programa de Profundización en desarrollo humano y educativo. Reporte de Investigación Teórica. Que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Sistema de Universidad Abierta y a Distancia. UNAM. México.
- Nezu, A; Nezu, C. y Lombardo (2006) Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Manual Moderno.

Obando L. y Parrado F. (2015) Aproximaciones Conductuales de Primera, Segunda y Tercera Generación frente a un caso de Ludopatía. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología. Universidad Católica de Pereira. Colombia.

Organización de las Naciones Unidas. (2022). Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y niñas. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Violencia contra la Mujer: Datos Clave. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Violencia contra la mujer. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Padilla M. (2014) Enfoque feminista de consejería: perspectivas generales para abordar a la consejería profesional desde un entendimiento teórico-práctico. Disponible en:

[https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGsnLFJTTPGXjBSmsXfTzQKR\\_Dfm?projector=1&messagePartId=0.1](https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGsnLFJTTPGXjBSmsXfTzQKR_Dfm?projector=1&messagePartId=0.1)

Pollán A. (2023) Consentir es patriarcal. Tribuna Feminista.

<https://tribunafeminista.org/2023/08/consentir-es-patriarcal/>

<https://tribunafeminista.org/2023/08/consentir-es-patriarcal/>

<https://tribunafeminista.org/2023/08/consentir-es-patriarcal/>

Psicología y Mente (2022) Respiración diafragmática (técnica de relajación): ¿cómo se realiza? Disponible en:

<https://psicologiymente.com/clinica/respiracion-diafragmatica>

Rimm. D. & Masters J. (1981) Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. Editorial Trillas. México.

Roman A. & Losada A. (2021) Biblioterapia. Recomendaciones terapéuticas del libro en la autoterapia ampliada. Universidad de Flores. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Recuperado en: <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/76.pdf>

Romero M. (2022). Propuesta de Intervención de Terapia Integrativa Conductual de Pareja para parejas en transición a la paternidad/maternidad. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Rossemberg Seifer, F. (2011). Antropología de la Violencia en la Ciudad de México: familia, poder, género y emociones. Tesis de Doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras y el Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. México.

Rubín B. y Bloch, E. (2000) Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma. Teoría y Práctica. Biblioteca de Psicología. Editorial Desclee de Brouwer. España.

Ruíz, A; Díaz, M. y Villalobos, A. (2012) Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Desclee de Brouwer.

Ruiz, Y. (2002). Biología, cultura y violencia. Recuperado Repositori Universitat Jaume I:

[http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/79630/Forum\\_2002\\_13.pdf?sequ ence=](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/79630/Forum_2002_13.pdf?sequ ence=)

Rodriguez. F. (2017) Estilos de afrontamiento y respuestas emocionales, cognitivas y conductuales en víctimas de infidelidad, aplicación de una Intervención en Crisis vía telefónica en los usuarios del Call Center UNAM. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Sanchez I. (2014) Intervención en crisis: contratransferencia en Psicoterapeutas Call Center UNAM. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM

Secretaria de las Mujeres Ciudad de México. (2019) Guía para la Elaboración del Plan de Seguridad de Lunas. Disponible en:

<https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/PAIMEF/2019/guiaparaelpersonal.pdf>

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2023) Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1. Disponible en:

<https://drive.google.com/file/d/1gh15U5y0t9jjnQ3hsNEcLf3iHm1JW-Km/view>

Slaikeu K. (1996) Intervención en crisis1: Manual para práctica e investigación. Manual Moderno.

Tecla, A. (1995) Antropología de la Violencia. Ediciones Taller Abierto.

Tizon J. (2009) Perdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Ediciones Paidós.

Torres N. (2021). La inoculación al estrés, en que consiste. PsicoActiva. Recuperado en <https://www.psicoactiva.com/blog/inoculacion-estres/>

Vázquez E. (2022) Sintomatología depresiva ansiosa y calidad de sueño en estudiantes Universitarios: efecto de la Terapia de Activación Conductual. Tesis que para obtener el título de maestra en Psicología. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Maestría en Psicología aplicada a la salud. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Villena, N. (2000) Procedimientos para Desarrollar, Mantener y Reducir Conductas. Universidad Camilo José Cela. [https://www.magister.es/grado/materiales5/Menciones%20NO%20UCJC/Intervenci%C3%B3n%20educativa/TEMA%204%20UCJC%20\(1\).pdf](https://www.magister.es/grado/materiales5/Menciones%20NO%20UCJC/Intervenci%C3%B3n%20educativa/TEMA%204%20UCJC%20(1).pdf)

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Técnica de Relajación Progresiva

De acuerdo con López (2016, p. 58-60) las fases son:

#### Fase 1. Tensión - relajación

- Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
- Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
- Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
- Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
- Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
- Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
- Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.
- Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
- Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
- Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- Relajación de brazos y manos. Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.
- Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla).

- Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
- Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
- Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente. Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

Fase 2- Repaso. Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

Fase 3 -Relajación mental. Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, o bien deja la mente en blanco.



## ANEXO 2

### RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Domínguez, et al. (2002, citado en González, 2013, p. 34-35), resaltan las siguientes indicaciones para realizar esta técnica:

1. Sentado adopte una postura cómoda, brazos y piernas extendidos; afloje su ropa si es necesario (4"). Si es de su agrado, cierre sus ojos o vea fijamente un punto por arriba del nivel de sus ojos (10"). Conforme avance todos sus músculos comenzarán a relajarse desde los pies a la cabeza. (5").
2. Ahora enfoque su atención en su respiración (4"); respire y sienta como el aire va llenando su estómago (7") aumentando de tamaño (10"); conforme exhala, tarde el doble de tiempo que le tomó dejarlo entrar (6").
3. Tome aire de 3 a 6 veces por minuto (5")
4. Después de algunas series de respiraciones comience a fijar su atención, en una palabra. Por ejemplo: mientras exhala la palabra será relajarse (5"). Use únicamente una palabra o imagen durante todo el ejercicio (7"). Trate de visualizar la palabra o la imagen (17"). Si hay distractores úselos para seguir su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda, así como en su palabra o imagen escogida (16").
5. Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, tranquilo y agradable. Conforme avanzan en el ejercicio ese lugar se hace más claro y cercano. Prosiga con el ejercicio unos segundos más (13").
6. A su tiempo, comience a abrir lentamente sus ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y finalmente comente cómo se siente.

## **ANEXO 3**

### **IMAGENERÍA GUIADA**

Se recomienda que mientras se está aprendiendo el uso de esta técnica, sea supervisada por un especialista. Domínguez, et al. (2002, citado en González, 2013, p. 36), propone el siguiente procedimiento para realizar esta técnica:

1. Tome asiento en un lugar cómodo apoyando los pies en el suelo. Coloque los brazos y manos a los lados de su cuerpo y déjelos caer de forma natural.
2. Mientras deja pasar el aire por su nariz, imagine como entra y déjelo salir por la boca. Repita el ejercicio imaginándose el color del oxígeno, la cantidad, la forma y cómo va entrando lentamente por su nariz.
3. Siga respirando lenta y profundamente como lo ha hecho, mientras trae a su memoria un lugar de su agrado; traiga a su memoria los objetos que tiene ese lugar (agua, plantas, flores, árboles, nubes). Visualice nítidamente la intensidad de los tonos. Recuerde los ruidos, los olores, la temperatura, mientras sigue respirando lenta y profundamente. Puede estar solo o acompañado.
4. Visualice ese lugar, escoja uno de los objetos; seleccione el que más le guste, visualice su tamaño, su forma, su textura, su color; recuerde su olor. Mientras continúa respirando, disfrute de las sensaciones que le producen estos recuerdos y guarde en su memoria esas sensaciones para cuando las necesite.
5. Haga tres respiraciones profundas antes de concluir.
6. Incorpórese y abra lentamente los ojos. Comente sus experiencias.