



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

CALL CENTER DE APOYO PSICOLOGICO

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

PRESENTA:

VERÓNICA SUÁREZ VALDOVINOS

DIRECTORA:
MTRA: GUADALUPE INDA SÁENZ ROMERO

MÉXICO, D.F.

AGOSTO DEL 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM.139
2013

M.

Tps.

AGRADECIMIENTOS

"Vive tratando de realizar muchas de las cosas que siempre has soñado, y no te quedará tiempo para sentirte mal".

Richard Bach.

Agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de vivir esta experiencia tan linda.

A mi madre Ana Victoria, que aunque ya no esté aquí conmigo siempre fue mi ejemplo de lucha y trabajo.

A mi padre Pedro, por haberme apoyado en estos años de mi vida.

A mis hermanos Oscar, Guadalupe los cuales han estado presentes de una manera muy especial. A mi hermano Arturo, gracias por tu apoyo y compañía

A mis hijos José y Emmanuel los cuales han sido mi mayor motivación, gracias por su paciencia a mis tiempos y su apoyo.

A mi esposo Carlos gracias por tu comprensión y ayuda.

A cada uno de mis maestros y en especial a:

Mi directora Inda Guadalupe Sáenz por su comprensión y ayuda, así como a mi Mtro. Jorge Álvarez por su confianza y apoyo y a cada uno de mis sinodales, Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez, Mtra. Teresa Gutiérrez Alanís y Mtra. María del Socorro Escandón Gallegos por su tiempo y ayuda.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por formarme.

A mi amiga Mary, que compartió mi enseñanza escolar, convirtiéndose en parte de mi familia.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
OBJETIVO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO 1	
PROGRAMA “ <i>CALL CENTER</i> DE APOYO PSICOLÓGICO”.....	8
1.1 Datos generales del Programa de Servicio Social	8
1.2 Datos del supervisor directo.....	9
1.3 Contexto de la Institución y del Programa donde se realizó el Servicio Social.....	11
CAPITULO 2	
2.1 Antecedentes de Salud Mental en México.....	15
2.2 Antecedentes de Atención Psicológica, vía telefónica.....	17
CAPITULO 3	
3.1 Fundamentos Teóricos de la Intervención en Crisis.....	21
3.2 Estrés.....	26
3.3 Factores protectores del estrés.....	38
3.4 Depresión.....	40
3.5 Ansiedad.....	47
CAPITULO 4	
4.1 Atención Psicosocial.....	55
4.2 Descripción de las actividades a realizar por el prestador de servicio social en el <i>Call Center</i> de Apoyo Psicológico.....	61
4.3 Esquema del Reporte de Servicio Social.....	63

4.4 Tipos de Usuarios.....	70
4.5 Componentes de Apoyo Psicológico.....	71
4.6 Atención a Usuarios.....	74
4.7 Modelos de Intervención.....	77
4.8 Supervisión de casos.....	80
4.9 Limitaciones y beneficios.....	93
CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	100

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad exponer las actividades que realicé durante mi servicio social en el programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos de la Facultad de Psicología, UNAM; así mismo explico tanto sus fundamentos teóricos como los resultados obtenidos de éstos. Además abarco un panorama general sobre el nuevo programa llamado *Call Center* de Apoyo Psicológico; la labor efectuada incluye estrategias de contención, detección, seguimiento y en casos particulares, de canalización de personas a instituciones u organizaciones especializadas, que no se encuentran contempladas en el programa.

Una de sus prioridades fue fortalecer las redes sociales de apoyo, utilizando diversos modelos de atención psicológica, ya que se ha visto la importancia de atender oportuna y profesionalmente a la población que necesita ayuda de este tipo, este servicio ofrece múltiples beneficios; entre ellos es la posibilidad de expresar una emoción o sentimiento en el preciso momento que se está sintiendo, obviamente con algunas limitaciones, como por ejemplo: que el usuario no vuelva a llamar o cuelgue el auricular antes de terminar la llamada.

Por lo que se puede concluir que el objetivo principal de este reporte es mostrar como se efectúa este trabajo de manera operativa, sus problemáticas y alternativas posibles a fin de mejorar el servicio.

Palabras clave: Intervención en crisis, *call center*, atención psicológica.

El objetivo de este informe profesional de servicio social es:

- 1) Describir las actividades que realicé durante la prestación del Servicio Social.
- 2) Desarrollar un marco teórico que fundamente cómo y porqué el estrés subyace en las problemáticas que presentan los usuarios.
- 3) Presentar algunos ejemplos de casos atendidos, así como las respuestas dadas.
- 4) Evaluar limitaciones y beneficios del programa.

INTRODUCCIÓN

Contexto de la Institución y del Programa donde se realizó el Servicio Social.

El Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos, adscrito a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social desde sus inicios en el año de 1997 hasta la fecha, está conformado por académicos, estudiantes en activo, egresados y voluntarios de la Facultad, quienes realizan diversas acciones para apoyar a la sociedad en momentos de emergencia y desastres. Este centro junto con el Instituto Mexicano de la Juventud crean un *Call center* virtual para respaldar a la población vulnerable, consideran que los jóvenes se encuentran expuestos a mucha presión debido a las exigencias de la vida, además que este servicio permite el acceso a aquellas personas que no tienen los medios, ya sean económicos, físicos o no cuentan con algún vehículo para transportarse y así contribuir a evitar ya sea un trastorno mental o perjudicar la salud física al desencadenar altos niveles de estrés y manifestarlo de muy diferentes formas.

El estrés es una respuesta fisiológica del cuerpo; pero en altos niveles puede romper con la salud emocional y física del individuo, afecta cada vez más a jóvenes y se manifiesta por dolores de cabeza, insomnio, gastritis y puede provocar depresión o manía entre otras muchas afecciones psicopatológicas (Álvarez, 2012).

Asimismo al tener el cuerpo una respuesta negativa del estrés, y no poder controlarlo, puede repercutir a largo plazo en una depresión o ansiedad, es por eso que considero que el informar a las personas que es lo que les está sucediendo ayuda al usuario a tranquilizarse y bajar los niveles de estrés, y a largo plazo equivale a tener mejor salud mental.

El *Call Center* de apoyo psicológico se basa en una central con 6 extensiones integradas en un sistema que maneja el total de llamadas organizándolas, priorizándolas y distribuyéndolas a sus operadores ubicados en 6 diferentes módulos.

Cada uno de los operadores, responde la demanda del usuario, ofreciéndoles ya sea información, orientación o terapia breve, esta última consiste en 6 sesiones, 1 por semana, 1 hora, poniéndose de acuerdo con el usuario en el día y la hora

Este servicio social me dio la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación académica, tener un primer acercamiento con el mundo laboral.

Aprender acerca de los procedimientos que se utilizan en la intervención en crisis, aprovechar el trabajo en el programa para comenzar mi desarrollo como profesionista, adquirir nuevos conocimientos y herramientas que serán de utilidad para mi desempeño profesional posterior a la realización del servicio social.

Un experto* se encargó de capacitar a nuestro equipo de 24 operadores en Atención a Víctimas por la vía telefónica, se abordaron diversos temas de gran relevancia para la atención de estudiantes universitarios y población vulnerable que atraviesan por alguna crisis, así mismo nos guiaron respecto a la forma en la que debíamos contestar a un llamado pues se pretende dar calidez, atención y escucha activa así como proporcionar orientación al usuario respecto al problema expuesto, dar seguimiento o de ser necesario canalizarlo. Para dicho propósito se contó con una ficha de identificación con los datos del usuario y que nos ayudó para dar seguimiento.



Ahora bien, en lo concerniente al aspecto de la población a la que se dirige el servicio, en un inicio el objetivo era tratar a jóvenes de las diferentes delegaciones políticas del Distrito Federal, población estudiantil procedente de la Universidad Nacional Autónoma de México de entre 15 y 29 años que requirieran apoyo psicológico y contención emocional; sin embargo, como resultado de la difusión que hizo el Mtro. Álvarez, en la *Gaceta* de la UNAM, en programas de radio, televisión, periódico e internet, empezaron a entrar llamadas de personas de todas las edades, por lo que ahora el apoyo es para la población en general.

- El Lic. en Psicología Rodrigo García, nos entrenó en un curso para conocer el funcionamiento de un *Call Center*, (él estuvo a cargo de la contención vía telefónica, a las personas cuando fue el brote de la influenza H1 N1 en el año 2009).

CAPÍTULO I

Ahora bien con base en lo anterior se especifican a continuación los datos generales y los del responsable del programa.

1.1 Datos generales del Programa de Servicio Social

SECTOR QUE SE ATIENDE: Población universitaria y público en general

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Universidad Nacional Autónoma de México.

DEPENDENCIA: Facultad de Psicología, Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos.

FUNCIÓN PRINCIPAL DE LA INSTITUCIÓN: Docencia e Investigación a través del servicio para la formación de recursos humanos.

DOMICILIO: Avenida Universidad 3004

Colonia: Copilco Universidad

C.P. 04510

Delegación: Coyoacán.

NOMBRE DEL PROGRAMA: *Call Center de Apoyo Psicológico.*

1.2 Datos del supervisor directo

NOMBRE: Mtro. Jorge Álvarez Martínez

PROFESIÓN: Mtro. en Psicología Clínica

TELEFONO: 56 22 22 88

La estructura de ese programa se cita a continuación:

Jefe del Programa: Mtro. Jorge Álvarez Martínez

Académicas que colaboran con el Programa:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Servicios que ofrece

Apoyo en:

Tutorías académicas: Acompañamiento en la formación del estudiante, se lleva a cabo de manera periódica y sistemática.

Adicciones: dependencia hacia una sustancia, actividad o relación.

Sexualidad: Información y orientación.

Estrés: Respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno. Que en altas dosis es dañino.

Violencia: Conductas o situaciones que, provocan o amenazan con hacer daño.

Duelo: Adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.

A continuación el Mtro. Álvarez describe en qué consiste la misión y la visión del *Call Center*. *Álvarez, J. (2012). Proyecto libre *Call Center*, INJUVE, México: UNAM.

Misión

Aplicar y desarrollar modelos de intervención psicológica, dirigidos a realizar acciones de tipo individual vía telefónica para favorecer el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos, fortalecer redes sociales y brindar apoyo en problemas emocionales, promover la conformación de grupos profesionales para brindar atención psicológica, previa detección oportuna de trastornos y alteraciones psíquicas Álvarez (2012).*

Visión

Formación de profesionales en la salud mental dentro del *Call Center*, ya que de esta forma se pretende responder de manera inmediata y con la mejor capacidad resolutoria a las demandas de los jóvenes, para que obtengan el beneficio de aclarar sus dudas, de calmar sus inquietudes, de obtener atención a sus problemas los cuales pueden ser personales, emocionales, académicos o sociales Álvarez (2012)

Asimismo Álvarez señala como objetivo general y específico del programa lo siguiente:

1.3 Objetivo General del Programa

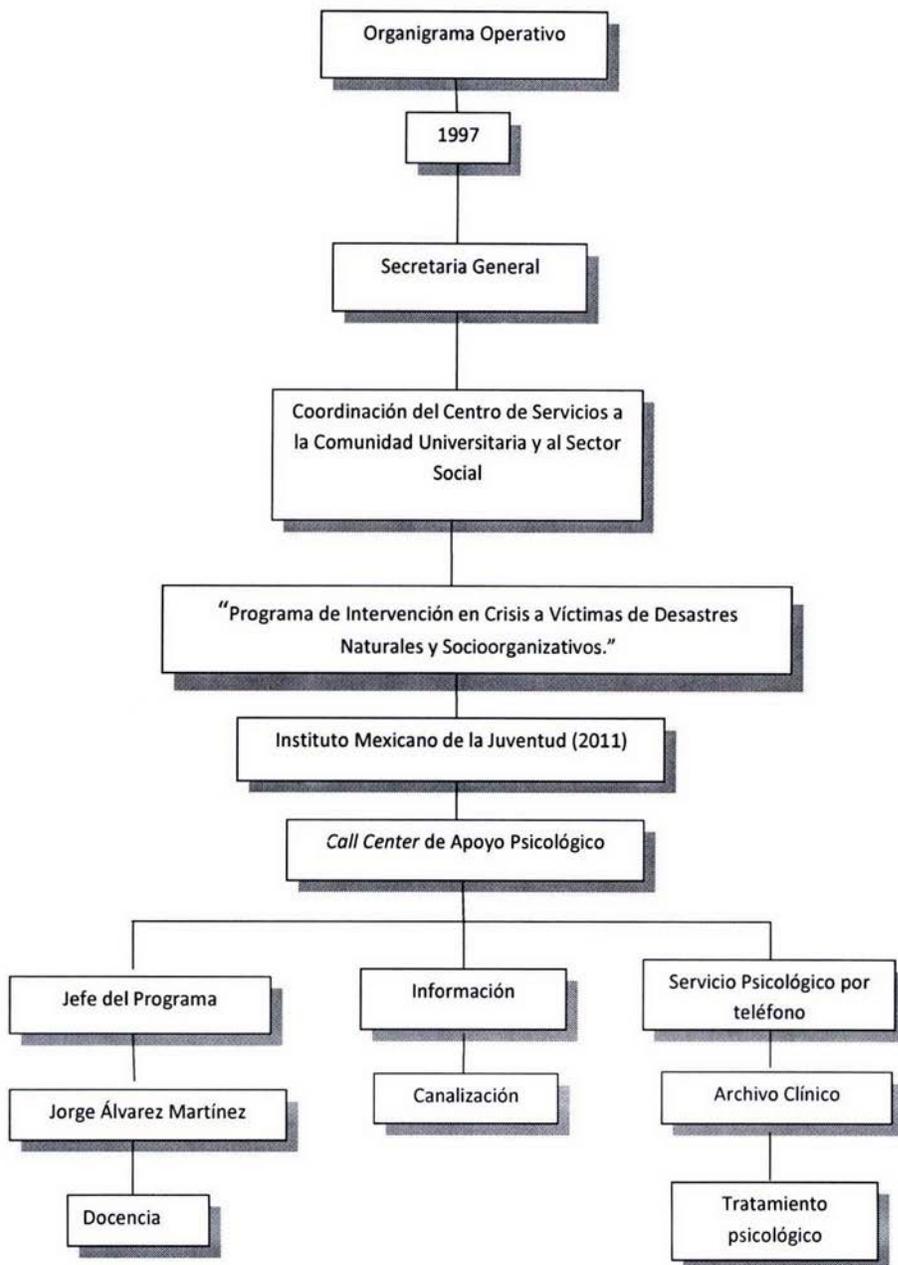
El objetivo general del programa es apoyar a la población a través de una línea telefónica brindando contención psicoemocional, a partir de los preceptos planteados como factores de riesgo, aplicar métodos y técnicas para la prevención e intervención en caso de que se requiera Álvarez (2012).

Objetivos específicos del programa

- Ofrecer un medio a la población, la cual es especialmente jóvenes que se encuentran expuestos a diferentes cambios sociales cuyo impacto psicológico pueda generarles un desajuste emocional y en donde puedan externar sus dudas, inquietudes y miedos, así como los problemas que en su contexto actual les afecten, siendo estos de carácter académico, social, físico o psicológico Álvarez (2012).
- Reducir el índice de violencia en la población ocasionado por el consumo de sustancias así como brindar apoyo para el control de sus emociones.
- Detectar tempranamente el estrés negativo para evitar las consecuencias que este pueda ocasionar.
- Formar profesionistas aptos para brindar apoyo a la población en casos de crisis.

- Brindar mediante el *Call Center* apoyo a los usuarios, con un trato cordial y confidencial siguiendo los lineamientos descritos para dicho procedimiento.
- Canalizar y atender casos específicos en las brigadas psicológicas juveniles además de dar la información respectiva del *Call Center* Virtual y su difusión en módulos ubicados cerca de los lugares frecuentes para ellos, tales como escuelas, centros de reunión y centros de recreación.
- Estructurar a través de diferentes medios de comunicación, prensa y radio, las herramientas necesarias para difundir la información no solo de lo que el proyecto es, sino de lo que pretende hacer, que es atender y apoyar a la población en riesgo.

Por lo tanto, con base en lo anterior, el organigrama está organizado de la forma siguiente:



CAPÍTULO II

2.1 ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

La salud mental es un aspecto de la salud integral del individuo, por eso se considera de suma importancia tener una clara visión del contexto en el cual se está viviendo en México, ya que cada vez existe mayor inseguridad, secuestros, extorsiones y accidentes, consecuencia que provoca que día con día las personas vivan con mayor estrés. Al respecto, De la Fuente (2011) menciona que en nuestro país, las tasas de mortalidad y morbilidad de padecimientos técnicamente prevenibles son aún muy elevadas, lo atribuye a diversas situaciones provocadoras del estrés en la vida diaria de los individuos, generando desesperanza y sentimientos de incapacidad que poco a poco dañan la salud mental, cada personalidad reacciona diferente depende de las situaciones y también de los recursos biológicos, psicológicos y sociales de que disponen las personas para contender con las situaciones estresantes.

Con relación al tema de salud mental Álvarez (2011) describió que México es un país en donde los desastres ocurren con frecuencia, tanto por diferencias geográficas, hidrometeorológicas, geológicas, topográficas y orográficas, los problemas de hacinamiento y asentamientos humanos de las grandes ciudades y sus zonas circunvecinas, los problemas de transporte y vialidad, la creciente inseguridad palpada por todos nosotros al asistir a estudiar o trabajar además; la misma incertidumbre de que algo desagradable puede ocurrir, aunado a que en ocasiones estas situaciones son magnificadas por el mismo Estado, debido a la apatía, desdén hacia las víctimas o negligencia al realizar sus funciones, fenómenos como el *bulling*, la violencia intrafamiliar, el maltrato conyugal el desempeño académico deficiente, la deserción escolar, conflictos laborales, el incremento de accidentes laborales, así como las pérdidas significativas, etc., son factores que llegan a propiciar algunos de los trastornos o alteraciones mentales.

Al respecto De la Fuente (2011) afirma que, “Las pérdidas psicológicas son eventos que cuando se acumulan pueden desencadenar la aparición de un

trastorno; tanto el apoyo familiar como el apoyo social juegan un papel importante en la preservación de la salud mental”.

Según De la Fuente (2011), actualmente millones de personas están siendo afectadas por algún tipo de desorden mental, conductual, neurológico o de uso/abuso de sustancias. Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población la padece. Los trastornos relacionados con el abuso del alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad.

Por otra parte, Camacho & Heinze (2010) expresan que en México el 19 % de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, sin embargo; los que llegan a recibir este tipo de ayuda, han tardado un tiempo importante en recibir atención con una latencia oscilante entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno, es por eso que la atención es más frecuente en unidades especializadas, que en el primer nivel de atención, por cada persona atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de enfermedad.

Finalmente Urzúa (2009), comenta que la prevención y atención temprana parecen ser las opciones para reducir los altos costos sociales y económicos que implica la salud en general y la mental en particular. Es importante resaltar como la atención telefónica no es una posibilidad el manejo de problemáticas psiquiátricas o a largo plazo dados los alcances limitados de la misma

2.2 Antecedentes de la Atención Psicológica, vía telefónica

Soto (2006) describe que las líneas de atención telefónica emergieron en los años cincuenta asociados a la prevención del suicidio. A mitad de los años sesenta aparecieron las líneas de emergencia y con ellas la variedad de los servicios telefónicos. En la década siguiente se dio un aumento en el desarrollo de nuevos programas de consejería telefónica y en la divulgación del papel que jugaba ésta en las situaciones asociadas a crisis emocionales. Dos de los servicios que aún cuando no están destinados propiamente hacia la población femenina, tienen una gran proporción de consultas solicitadas por mujeres son: el Sistema de Orientación e Información (SOI) que fue fundado en 1978 por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), con el propósito de brindar atención de emergencia a las personas con problemas de uso y abuso de sustancias tóxicas, así como a sus familiares, ya que según el diagnóstico de la institución éste era uno de los problemas con mayores causas y repercusiones en la salud física, mental y social de los individuos, su familia y de la sociedad en general y el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL).

SAPTEL fue uno de los programas pilares, surgió a raíz de los sismos ocurridos el 19 y 20 de Septiembre de 1985 en la Ciudad de México. La Universidad Nacional Autónoma de México creó diversos programas en donde participaron profesores y estudiantes de la Facultad de Psicología para brindar ayuda y apoyo emocional a través del teléfono a víctimas y a sus familiares, además de la población general afectada por el desastre. Es por eso que SAPTEL en México afirma compartir la experiencia dando psicoterapia a distancia debido a que elimina el costo del desplazamiento, la lista de espera, aporta la flexibilidad para programar una consulta y “facilita enormemente el que los discapacitados físicos reciban apoyo, consejo, consulta y terapia” Puente (2007).

Fue también durante los sismos de 1985 que hubo intentos fallidos de crear un servicio para suicidas en la llamada Cruz Verde. Al respecto Slaikeu

(1996) resalta la importancia de la intervención psicológica vía telefónica en el momento crítico de la situación estresora debido a que el interventor ayuda a la persona como “amortiguador” previniendo el deterioro y desarrollo de psicopatologías y señala que los servicios de las líneas telefónicas de urgencia aleccionaban trabajadores voluntarios para evitar que quienes llamaban ejecutaran un suicidio.

La década de los noventa fue productiva para la atención telefónica. En este período se crearon nuevos servicios especializados en temas o en poblaciones que, de una u otra forma, son partes de los antecedentes más inmediatos de la atención psicológica entre los cuales están TELSIDA de la Secretaría de Salud; PLANIFICATEL del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Consejo Nacional de Población; ORIENTATEL de la Secretaría de Educación Pública (García 2000).

Asimismo (Soto, 2006) relata que la línea Mujer de LOCATEL tiene su inicio en los trabajos feministas pioneros en la integración de una nueva visión del mundo que fuera más incluyente, justo y equitativo con las mujeres y en el cual la erradicación de la violencia ocupa un lugar importante; así como también asegura que la atención telefónica resulta útil para las personas en situaciones de tensión o efervescencia emocional debido a que llegan a generar estrés al sentir que no hay solución.

También, se encuentra el desarrollo de los servicios o líneas telefónicas de corte profesional, donde el teléfono es un instrumento para apoyar en la solución de problemáticas individuales o de índole social García (2000).

Para Urzúa (2009) la intervención telefónica es adecuada no sólo en casos de crisis circunstanciales como son las que se apoyan en noticias inesperadas o factores ambientales, también en lo concerniente a las crisis del desarrollo como es la transición natural el individuo en etapas como: niñez, adolescencia, adultez y vejez puede ser importante.

Con respecto a la atención telefónica, Álvarez ha mencionado que:

“La gran ocurrencia de desastres y accidentes, así como la desorientación en los jóvenes ha dado lugar a la investigación de las reacciones psicológicas que estas provocan, en este sentido el Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos de la Facultad de Psicología, UNAM ha desarrollado técnicas de atención psicológica dirigida a víctimas de emergencias y desastres, así como Primeros Auxilios Psicológicos y orientación telefónica por medio del *Call Center*, además de tener la opción de poder dar intervención breve presencial, si el caso lo requiere, estrategias de contención, detección, seguimiento y en casos particulares, de canalización de personas a instituciones u organizaciones especializadas, que se encuentran contempladas en el programa”.*

Álvarez, J. (2012). Proyecto libre *Call Center*, INJUVE, México: UNAM.*

CAPÍTULO III

3.1. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Fundamentos Teóricos de la Intervención en Crisis

Al haber cada vez más personas sometidas a eventos inesperados o desagradables, se comienzan a buscar formas de intervención breves para responder de manera inmediata a las situaciones de crisis emocionales, en donde lo más importante es ayudar a las personas a recuperar el nivel de funcionamiento que tenían antes del incidente que dio lugar a la crisis. Para establecer en qué consiste una intervención en crisis revisé los siguientes autores: Slaikeu, Benveniste, Caplan, Parad y Parad.

Encontrando que Slaikeu (1996) define la intervención en crisis como: Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia, a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida) se incremente.

Por otra parte Benveniste (1999) describe que una crisis es aquella en la que una persona está abrumada por la intensidad de la situación, la cual excede su nivel de tolerancia, siendo sus mecanismos defensivos insuficientes para combatir dicha situación.

En tanto que Parad y Parad (1990) mencionan como la intervención en crisis admite un proceso interno que puede influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis y a menudo para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés. Virtualmente, cualquier intervención dirigida a auxiliar a la gente en el manejo de las crisis vitales se ha considerado como trascendental, puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores. (Caplan, 1974)

Es por eso que Slaikou (1996) señala que desde finales de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido una visión preventiva y dentro de la salud pública, la prevención llega a tomar tres formas:

- 1) Se refiere a la prevención primaria, es preventiva y se enfoca a reducir la frecuencia de trastornos; mediante la información.
- 2) la prevención secundaria se encarga de detectar antes de que se instaure la enfermedad, busca minimizar los efectos dañinos de los acontecimientos ocurridos;
- 3) la prevención terciaria; cuando ya está instaurada la enfermedad trata de resarcir el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. En este contexto, la intervención en crisis en prevención secundaria es la que revisaremos puesto que es un proceso que tiene lugar después de que los acontecimientos críticos de la vida han ocurrido, (Slaikou 1996).

Los objetivos principales de la intervención del clínico son:

- ❖ Amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional inmediata o de emergencia
- ❖ Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento.
- ❖ Para la mayoría de las personas, la sola exposición a un evento crítico no es suficiente motivo para producir un estado de confusión emocional, ello dependerá de cómo se valora tal situación, la reacción de los afectados y su habilidad para manejar este suceso.

Se tiene que definir también, si la crisis está es un momento decisivo que implica una pérdida, o la amenaza de ésta, o un cambio radical en la relación con uno mismo, con otra persona (u otras personas) significativa (s), o con una situación. Una crisis implica un momento de trastorno y desorganización (emocional, cognitiva y conductual), caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones particularmente

conflictivas, donde debiera utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas y lograr un estado de adaptación, Álvarez (2008).

Dentro de la intervención que se hace en el programa se emplean los primeros auxilios psicológicos, estos son: la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como la primera ayuda breve, inmediata y de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal. (Slaikeu ,2006).

Estos son algunos ejemplos de situaciones de riesgo o crisis, los cuales son eventos que por su tipo, magnitud y lo sorpresivo de su ocurrencia, constituyen un peligro para el individuo y la comunidad:

- ✓ Ser víctima de una violación o abuso sexual.
- ✓ Ser golpeado o herido por un miembro de su familia.
- ✓ Ser víctima de un asalto con violencia.
- ✓ Estar en un accidente aéreo o automovilístico.
- ✓ Un huracán, tornado o incendio.
- ✓ Estar en una guerra.
- ✓ Estar en una situación en la que pensó que lo iban a matar (secuestro).
- ✓ Después de haber presenciado cualquiera de los eventos anteriores.

García (2005), describe cinco componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos

1.-Realizar contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con nosotros. A sí mismo, se invita a la persona a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. Existen varios objetivos del primer contacto psicológico; el primero es que la persona se sienta escuchada, aceptada, entendida y apoyada; lo que a su vez conduce a una

disminución en la intensidad de sus ansiedades; el primer contacto psicológico puede servir para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto

2. Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: a) *presente* b) *pasado inmediato* y c) *futuro inmediato*. El presente hace referencias a “*qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer*” (como la muerte de un ser querido, el despido, el maltrato doméstico, el abandono del cónyuge, el descubrimiento de una infidelidad, la discusión con un hijo adolescente, etcétera). El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y su indagación implica preguntas como: “*quién, qué, dónde, cuándo, cómo*”; El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y prepararse para las soluciones inmediatas.

3. Sondear posibles soluciones: Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica llevar o “acompañar” a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Iniciar pasos concretos: Implica ayudar a la persona a llevar a cabo alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación el interventor tomará un actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5.- Verificar el progreso: Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara o por teléfono o correo electrónico. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los

primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo, García (2005).

Benveniste (1999) comenta que durante la crisis, el fin que se busca en el tratamiento no es el cambio profundo del paciente, o la revisión del origen infantil de los conflictos del paciente.

El fin que persigue la intervención en crisis es ayudar a que el paciente resista con su trauma, se ajuste a su nueva situación y en consecuencia adquiera su nivel anterior de funcionamiento.

Estas metas se logran invitando al paciente a hablar sobre su experiencia, para que pueda observar el evento desde cierta perspectiva, tomando cierta distancia; ayudarlo para que logre ordenar y reconocer sus sentimientos asociados, así como asistirle en la resolución de los problemas inicialmente prácticos e inmediatos, además de sugerir que para tratar con estos eventos, tratemos de recordararlo, analizarlo en pequeñas partes, comprenderlo, dominarlo, digerirlo y hacerlo más inteligible. Hay, sin embargo, algunas circunstancias en que las personas son indiferentes o incapaces de hablar del evento traumático específico. En este caso, la persona es animada a hablar sobre cualquier cosa que esté presente en su mente y aún de esta manera, muchas veces los síntomas disminuyen.

Asimismo, Bellak y Small (1980), mencionaron que la psicoterapia breve puede emplearse en cualquier problema emocional y si se maneja en un estado de suceso inesperado como una crisis hablamos de ella como psicoterapia de emergencia, también puede servir como medida preventiva: en diversas ocasiones un tratamiento inmediato, resulta eficaz debido a que impide que el mal progrese y se complique hasta llegar a ser una enfermedad crónica.

Para finalizar, Benveniste (1999) explica que se deberá evaluar la tarea y escoger metas en función de la situación. Necesitarán ser perdonados por otros y por ellos mismos si perdieran su calma. Y, si fuera posible, sería altamente deseable que pudieran mantener su sentido de humor.

Dadas las repercusiones físicas y psicológicas que en ciertos momentos el estrés puede provocar, a continuación se tratará de señalar qué es y cómo es su funcionamiento en nuestro organismo.

3.2. ESTRÉS

Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). El estrés nos afecta a todos. Hasta las personas más tranquilas sufren estrés en muchos momentos de su vida. Afrontar un examen, empezar un trabajo, casarse, divorciarse, dar a luz, soportar la muerte de un ser querido, educar a los hijos..., son algunas situaciones estresantes a las que tenemos que saber adaptarnos adecuadamente porque, de lo contrario, puede que nuestra salud se resienta.

Iniciando con Sender (2008), cuando argumenta que en el estrés se diferencian dos aspectos fundamentales: por un lado las situaciones del entorno, denominadas estresores, que pueden ser más o menos amenazantes; y de otro, la reacción del propio individuo.

Al respecto Cohen (2003) manifiesta que el estrés es la reacción a un suceso que se interpreta como dañino y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta.

En tanto que Adams y Víctor (2009) indican que en términos generales el 2estrés se describe como la sensación de duda de sí mismo acerca de ser apto para enfrentar situaciones difíciles durante un lapso determinado; en tanto que el término síndrome de estrés se refiere a las perturbaciones de la conducta y los cambios fisiológicos acompañantes que pueden aplicarse a los desafíos ambientales de intensidad y duración suficientes para abrumar la capacidad de adaptación del individuo.

Asimismo, Saita (1999) refiere que podríamos reconocer el estrés fácilmente ya que generalmente se da en circunstancias aparentemente

“extraordinarias” que, de alguna manera, se interpretan como ajenas a lo que “debería” experimentar un individuo en situaciones normales.

El estrés es descrito continuamente como un estado alterado del organismo provocado por agentes del medio ambiente psicológico, social, cultural y/o físico. Investigaciones realizadas por Domínguez y cols. (2002) informan que el estrés psicológico puede dañar la salud y la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, conocer más de cerca los síntomas del estrés y el impacto que tienen en la vida de la gente, constituye un terreno importante en la prevención y tratamiento de sus costosas secuelas a nivel individual.

Entre las teorías que estudian el estrés fisiológico se encuentran, Hans Selye, que explica el Síndrome General de Adaptación, Cannon quien estudió la homeostasis en el organismo, Carlson quien explica cómo se comporta fisiológicamente el estrés y de otros más actuales, y de quienes se amplía la explicación en la siguientes páginas.

El DSM -IV-TR indica que para que una persona pueda diagnosticarse con estrés se tienen que cumplir los siguientes criterios:

“Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno de estrés agudo (308.3):

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - (1) La persona ha experimentado, presenciado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:

- (1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
- (2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
- (3) Desrealización
- (4) Despersonalización
- (5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
 - A. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños ilusiones,
 - B. Episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar de exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
 - C. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
 - D. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación *arousal* (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
 - E. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo o interfieren de manera notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios, o explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
 - F. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
 - G. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una

enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I ó II.”

En el caso que se presente estrés postraumático, especificar si es agudo o crónico.

Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico: si los síntomas duran tres meses o más.

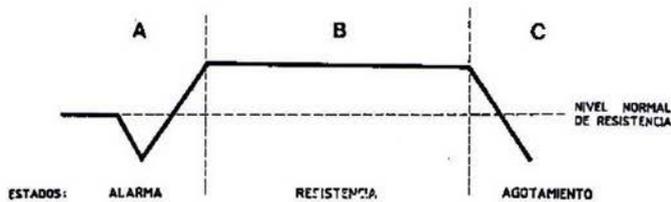
Definir si:

Es inicio demorado: si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han transcurrido mínimo seis meses.

A continuación amplio algunas posturas teóricas sobre el estrés:

Sender R. (2008) resalta que en los primeros pasos dados sobre el estudio de las reacciones del organismo ante el estrés, uno de los pioneros de más renombre sobre el tema, es el endocrinólogo canadiense Hans Selye, quien estableció el llamado Síndrome General de Adaptación (SGA), para explicar los cambios psicofisiológicos globales originados por el estrés ampliando la idea de homeostasis de Cannon en los que explica que lo ideal es que una vez suprimido el estrés agudo se llegue a un estado de homeostasis. Sin embargo, si esto no se lleva a cabo y la respuesta adaptativa ante el estrés persiste o disminuye sólo de forma parcial, se presentan efectos dañinos sobre la función fisiológica y psicológica que se van acumulando y Mc Ewen denominó carga alostática. La activación del sistema simpático-adrenomedular también incluye la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal haciendo especial hincapié en la importancia de las hormonas esteroideas que se producen en las glándulas adrenales y entre ellas, de modo particular, de los glucocorticoides. Por otra parte este síndrome contempla paso a paso el impacto que las amenazas o agresiones externas ejercen sobre el organismo, dando a conocer tanto las respuestas adaptativas iniciales, como las

consecuencias negativas del mantenimiento sostenido de la situación de estrés.



De acuerdo a este modelo, Saita (1999) muestra en qué consisten estas tres fases:

1) Reacción de alarma

Esta reacción ocurre inmediatamente después de que el individuo se da cuenta de la amenaza, en este momento se activa el sistema simpático-adrenomedular comenzando a secretar adrenalina y noradrenalina, el sujeto se pone en guardia, experimentando un aumento del ritmo cardíaco y de la tensión muscular, dichos cambios en el organismo están dirigidos a conseguir un despliegue máximo de los recursos que el organismo requiere para luchar o huir del peligro, la adrenalina incrementa enormemente la disponibilidad de energía y facilita la distribución de la misma a través de una serie de efectos en el sistema cardiovascular. Si el acontecimiento estresante perdura, al no poderse mantener este esfuerzo máximo durante mucho tiempo, se entra en la siguiente fase.

2) Fase de Resistencia

Esta segunda fase implica una activación menor, ya que no se puede sostener el esfuerzo durante un período más largo, tratando así de superar la amenaza, por lo que lo más adaptativo para el organismo es asegurarse de una distribución paulatina de sus recursos, de modo que no se agoten. En este caso la respuesta fisiológica predominantemente es la del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, los glucocorticoides contribuyen a la movilización de energía, mediante la activación de las fuentes en las que está almacenada en el organismo. En ese momento el organismo pone en marcha mecanismo de ahorro de energía, evitando realizar actividades que no tienen una finalidad inmediata para la supervivencia del individuo, el sujeto suele empezar a mostrarse irritable, aparecen cambios de humor, insomnio, alteraciones del aparato digestivo, dificultades de concentración y otros síntomas físicos. Sin embargo, si las circunstancias aversivas se mantienen durante un tiempo mayor, las adaptaciones corporales conseguidas a través de toda esta serie de mecanismos de adaptación fisiológica pueden llegar a ser insuficientes, o incluso perderse, y es cuando el individuo entra en una tercera fase.

3) Fase de agotamiento o extenuación

Esta fase ocurre cuando el organismo gasta todos sus recursos y se pierde progresivamente la activación. El sujeto habitualmente se marcha y abandona la lucha. Aparecen síntomas depresivos, como abatimiento, fatiga y extenuación, cuando se llega hasta aquí el individuo ha perdido ya su capacidad de resistencia. Seyle denominó esta fase "enfermedades de la adaptación" entre las que se encuentran: las úlceras gastrointestinales, la hipertensión, los infartos del miocardio y las enfermedades nerviosas incluso en algunos casos, pueden surgir enfermedades físicas graves. Si la respuesta

de estrés no es excesivamente intensa, bastará con un descanso más o menos prolongado para recuperar las fuerzas; pero si la reacción es excesiva, las consecuencias pueden ser desastrosas y, en el peor de los casos, acontece la muerte. Este es el caso de aquellas personas que han vivido en condiciones infrahumanas durante mucho tiempo. A continuación veremos cómo es el desarrollo fisiológico de la respuesta de estrés de acuerdo con otros autores.

Al respecto Carlson (2006), explica que las emociones consisten en respuestas del comportamiento, neurovegetativas y endocrinas. Y que estos componentes son los que pueden tener efectos perjudiciales para la salud. La rama simpática del sistema nervioso neurovegetativo se activa, y las glándulas suprarrenales segregan adrenalina, noradrenalina y hormonas esteroideas relacionadas con el estrés.

La adrenalina afecta al metabolismo de la glucosa, provocando que se pueda disponer de los nutrientes almacenados en los músculos para adquirir la energía requerida en un ejercicio vigoroso, esta hormona junto con la noradrenalina, aumenta el flujo sanguíneo que reciben los músculos al incrementar el gasto cardíaco. De esta manera aumenta la tensión arterial, lo cual a largo plazo, contribuye a las enfermedades cardiovasculares, cabe mencionar que en situaciones estresantes aumenta la liberación de noradrenalina en el hipotálamo, la corteza frontal y en la región lateral del prosencéfalo basal [Yokoo y cols., (1990; 1992), citado en Carlson (2006)].

Charles B. Nemeroff a & Helen S. Mayberg (2005) comentaron que la otra hormona relacionada con el estrés es el cortisol, un esteroide producido por la corteza suprarrenal. Al cortisol se le llama glucocorticoide porque tiene una notable influencia en el metabolismo de la glucosa. Además, los glucocorticoides ayudan a degradar las proteínas y a convertirlas en glucosa, contribuyen a la producción de grasas disponibles como fuente de energía, aumentan el flujo sanguíneo y estimulan la reactividad comportamental, posiblemente a través de sus efectos sobre el cerebro. Disminuyen la

sensibilidad de las gónadas a la hormona luteinizante, lo cual suprime la secreción de hormonas esteroideas sexuales.

En este aspecto Selye (1976), indica que los efectos a corto plazo de los glucocorticoides son fundamentales, pero sus efectos a largo plazo son perjudiciales. Estos efectos incluyen la subida de la tensión arterial, daño del tejido muscular, diabetes esteroide, infertilidad, inhibición del crecimiento, inhibición de la respuesta inflamatoria y supresión de la respuesta inmunitaria.

Sapolsky y colaboradores citado en Carlson (2006), han investigado un efecto algo más grave del estrés prolongado: sugieren que una de las causas de la pérdida de memoria que se da durante el envejecimiento es la degeneración de la formación hipocampal, la cual cuando tiene una exposición prolongada a glucocorticoides daña a neuronas localizadas en el campo CA1 de la formación hipocampal. Al parecer, la hormona destruye las neuronas disminuyendo la entrada de glucosa y la recaptación de glutamato McEwen y Sapolsky, (1995). Ambos efectos producen una reducción del flujo sanguíneo, el aumento en la cantidad de glutamato extracelular permite que el calcio penetre a los receptores NMDA. (La entrada de cantidades excesivas de calcio puede destruir las neuronas), y que los efectos del estrés están mediados por conexiones neurales entre la amígdala y el hipocampo es por eso que al recordar se sienten diferentes emociones.

Por su parte Charles B. Nemeroff a & Helen S. Mayberg (2005) describen elementos concretos a través de los cuales nuestro cuerpo responde a los entornos de amenaza. Una vez que la persona reconoce la señal de peligro, son tres los sistemas o ejes que se ponen en marcha como reacción de estrés: el sistema nervioso, el neuroendocrino y el endocrino.

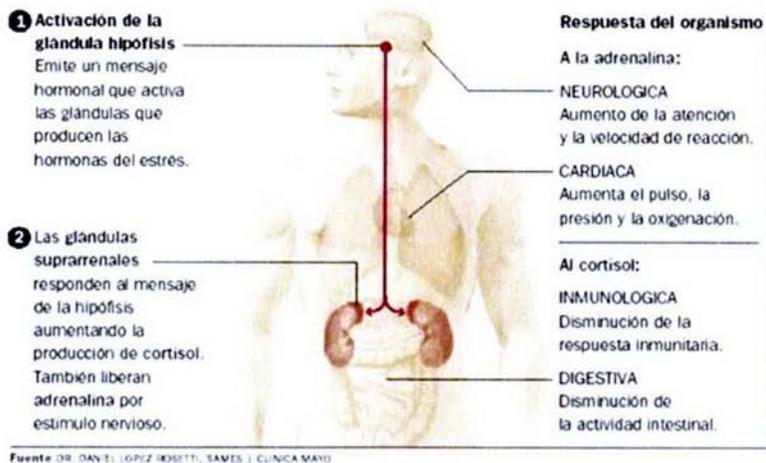
- 1) El sistema nervioso autónomo es el primero en activarse una vez detectada la amenaza, en cuestión de segundos la rama somática mediante la tensión muscular pondrá en movimiento nuestro cuerpo, la rama simpática que, a través de una sustancia llamada

noradrenalina, estimula a los órganos internos provocando el aumento del ritmo cardíaco, la dilatación de las pupilas, la agitación de la respiración y la elevación de la sudoración, entre otros cambios físicos.

- 2) El sistema neuroendocrino necesita que las condiciones de amenaza se presenten de forma prolongada para iniciar, las glándulas suprarrenales son estimuladas durante la respuesta de estrés y liberan unas sustancias denominadas *catecolaminas* (adrenalina y noradrenalina) que ayudan a aumentar y mantener efectos similares a los descritos para el eje neural. Esta reacción es la base fisiológica de la llamada respuesta de lucha-huida, puesto que nos dispone para hacer frente a las circunstancias, ya sea luchando contra ellas o bien retirándonos y escapando de la situación.
- 3) El tercer eje el endocrino, es el último en dispararse. Sin embargo, su acción se mantiene durante más tiempo, lo que significa que las consecuencias que tendrá sobre el organismo serán mayores.

La descarga hormonal puede tener efectos muy variados sobre el organismo, pero los más destacados son de tipo psicológico como la aparición de síntomas depresivos, de ansiedad o la sensación de miedo.

Woolley y cols. (1990) citado en Carlson (2006), demostraron que la exposición de ratas adultas a exceso de corticosterona (equivalente a cortisol en humanos) reduce la ramificación dendrítica neuronal.



Circuitos neuronales implicados en el trastorno de estrés postraumático.

1. Tálamo (puerta de entrada para las entradas sensoriales),
2. hipocampo (implicado en la memoria a corto plazo),
3. amígdala (involucrada en respuestas condicionadas de miedo), la corteza parietal y motora, (involucradas en el procesamiento visoespacial y evaluación de amenaza).

Beristain (2010), refiere que la palabra trauma proviene de la palabra griega que significa “herida” y nos pone en contacto con acontecimientos devastadores, extremos, inesperados o repentinos, también el trauma puede ser un evento que destroza nuestro sentido de seguridad y bienestar ya que chocan con un sentimiento o creencias de seguridad que nosotros hemos construido.

Retomando los criterios que anteriormente describí, de acuerdo al DSM – IV de estrés postraumático que indican que se caracteriza por la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento.

- Sueños recurrentes sobre el acontecimiento.
- Sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento.
- Respuesta fisiológica al exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan el evento traumático.
- Evasión de estímulos asociados al trauma y disminución de la capacidad de reacción reflejado en la sensación de un futuro desolador.
- Problemas de sueño, irritabilidad, ataques de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas a sobresaltos.

El estrés en seres humanos también puede producir daño en el hipocampo (Bremner, 1998; Pitman, 2001; Bremner, (2002). Analizaron por primera vez en un estudio de neuroimagen en el TEPT por medio de imágenes de resonancia magnética (MRI) el volumen del hipocampo en 26 veteranos de combate de Vietnam TEPT y 22 sujetos control y descubrieron que la medida del volumen del hipocampo derecho fue 8% menor en los veteranos que en los sujetos control (1.184 vs mm³ 1.286 mm³, p <0,05; y se correlacionó con déficit de la memoria a corto plazo.

Kandel (2000), expresa que el trastorno por estrés postraumático se produce en personas después de un acontecimiento muy estresante, como un combate con riesgo para la vida o una situación de abuso físico. Se manifiesta por episodios recurrentes de miedo, a menudo desencadenados por los recuerdos del trauma inicial. Una de las manifestaciones más llamativas de este trastorno es que el recuerdo de la experiencia traumática permanece vivo durante decenios y se reactiva con facilidad por diversos estímulos y factores estresantes. Se cree que esto se debe a que el sistema noradrenérgico se ve aumentado debido a diversos estímulos reactivadores, y esto a su vez provoca aumento de la tensión arterial y del ritmo cardíaco.

Al respecto Carlson (2006), menciona la importancia que tiene la capacidad de ejercer algún tipo de control sobre una situación aversiva (evento doloroso) ya que está reduce la respuesta de estrés.

En tanto que Álvarez, J. (2011), señala que este trastorno puede provocar un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastornos depresivos mayores, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. También manifiesta que estos trastornos preceden o siguen al inicio del trastorno de estrés postraumático.

Por el contrario Porta y Zagler, (2002) comentan, que la ausencia de estrés puede ser tan grave como tener demasiado estrés, ellos argumentan que la mayor parte de las personas que viven estresadas desean una vida sin él; Sin embargo, puntualizan que una vida totalmente aislada y con falta total de estímulos, acarrea un tipo de estrés más terrible, lo ideal es el equilibrio.

La explicación de Porta y Zagler (2002), sería la siguiente: todos nos habituamos a un determinado ritmo de vida, algunos más precipitados que otros, pero generalmente es el que más nos favorece. Este ritmo va acompañado a un determinado nivel de secreción de hormonas del estrés, que el organismo regula ignorando los estímulos excedentes para no permitir sus efectos, de esta manera el cuerpo se acostumbra a un cierto nivel de estrés que soporta sin problemas. Pero si se interrumpiese de pronto dicho estrés acostumbrado sin reemplazarlo otro, el organismo sufriría un megaestrés.

Un ejemplo de efecto negativo del estrés de la inactividad es planteado por las vacaciones, la persona que pasa de un estrés ocupacional para dedicarse al ocio, sin buscar otro tipo de estrés ocupacional como podría ser algún deporte o actividad recreativa. Se ha observado que muchas personas que están muy estresados por la cantidad de trabajo que realizan llegan a sufrir infartos en los primeros días de las vacaciones, y se podría decir que es por el cambio repentino en su vida, esto también incluye a la jubilación. Es por eso que hay que tratar de programar con anticipación con actividades que

reemplacen el estrés del trabajo y así nos proporcione más satisfacciones Porta y Zagler, (2002).

En el contexto del estrés traumático, las estrategias de afrontamiento, como el pensamiento positivo, o tratar activamente con los problemas, se han asociado con adaptación adecuada positiva al estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivo, como la evitación en general son consideradas estrategias de afrontamiento desadaptativas (Silver y cols., 2002).

3.3 Factores protectores del estrés

Hemos visto distintas formas en las cuales el estrés puede afectar nuestra vida, esto nos lleva a ver la necesidad de saber cómo podemos regular nuestro organismo y mantenerlo en un equilibrio constante, la naturaleza nos obliga a adaptarnos continuamente a las dificultades que se nos presenten por lo que a continuación hay algunas ideas que podrían ayudar.

Jiménez (2008), expone que diversos estudios han sugerido que la melatonina tiene un efecto neuroprotector, ya que regulariza y controla nuestro reloj biológico: mejora el sueño, estimula el sistema inmune y protege el sistema nervioso central sin causar dependencia.

Para Porta y Zagler, (2002) es importante fortalecer la autoconfianza, ya que nos lleva a vivencias de éxito, las cuales nos sirven para afirmar la confianza en uno mismo y por tanto, la resistencia al estrés.

Además de las siguientes sugerencias:

- Superar grandes o pequeños obstáculos o temores y plantearse objetivos alcanzables.
- Responder controlada e inteligentemente a las ofensas nos produce una sensación de éxito.
- Comenzar la jornada bien descansado. La falta de sueño es uno de los aceleradores del estrés más perjudiciales.

- Ante cualquier situación, tratar de proceder con racionalidad. Planear con anticipación el día. (La gestión caótica de nuestros asuntos nos acarrea un estrés intenso).
- No agobiarse demasiado. Para cada día, predecir algo menos de lo que podríamos abarcar con arreglo a un criterio realista.
- Clasificar el trabajo por orden de dificultad: tareas fáciles, medianas y difíciles.
- Comenzar con los trabajos más fáciles entre los urgentes, continuando con los medianos y dejando para el final los difíciles. (Las tareas fáciles no crean dificultades y aportan vivencias de éxito que reducen estrés).
- Resolver siempre un asunto después de otro, tratando de no vernos obligados a despachar varias cosas al mismo tiempo
- Crear un ambiente de respeto y entendimiento: Muchas veces basta con la sonrisa amable que agradece una pequeña ayuda.
- Defender las propias posiciones fortalece las defensas.
- Evitar siempre la impuntualidad. Quien acude puntual llega relajado.
- El pensamiento positivo inhibe el estrés.
- Reír a menudo.
- Las variaciones extremas de temperatura y todo aquello que limita seriamente la libertad de movimientos.
- Cualquier actividad física elimina estrés, con tal de que agrade y no sea motivo para torturarse uno mismo.
- Visualizar varias veces las situaciones que se prevean difíciles. La habituación ayuda a reducir el estrés.
- Ejercicios de respiración ya sea diafragmática y de tensión distensión.

3.4 Depresión

La depresión es considerada como el trastorno psiquiátrico más común debido a su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales. Actualmente el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM IV-TR por sus siglas en inglés). Nos muestra la clasificación del trastorno depresivo mayor (TDM), tomando en cuenta los siguientes criterios:

- a) Se caracteriza por uno o más episodios y al menos dos semanas de estado depresivo la mayor parte del día
- b) Pérdida de interés y placer, acompañados por al menos otros cuatro síntomas.
- c) Pérdida o aumento importante de peso.
- d) Insomnio o hipersomnia.
- e) Agitación o aletargamiento, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa.
- f) Baja concentración e ideación suicida, provocando malestar con deterioro social, laboral y otras áreas.

Los síntomas no son debidos a sustancias o duelo.

De igual manera los criterios del DSM IV-TR para la distimia nos dice lo siguiente:

A. Trastorno distimico (TD)

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

- g) Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - a) Pérdida o aumento de apetito
 - b) Insomnio o hipersomnia
 - c) Falta de energía o fatiga

- d) Baja autoestima
 - e) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - f) Sentimientos de desesperanza
- h) Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- i) No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Según Kramlinger (2002) la depresión es una enfermedad con una base biológica que a menudo se ve afectada por el estrés psicológico y social, y que puede tener algunos de los siguientes síntomas: Niveles anormalmente bajos de ciertas sustancias químicas del cerebro y actividad celular más lenta en áreas del cerebro que controlan el estado de ánimo, el apetito, el sueño y otras funciones. Disminución del impulso sexual y pensamientos negativos y pesimistas.

Carlson (2006) agrega que el metabolismo de la serotonina o su liberación está bajo control genético y la sustancia se relaciona con la depresión y la agresión, función coherente con los hallazgos de Sedvall y cols. El suicidio puede considerarse una forma de agresión –agresión dirigida a uno mismo– (Siever y cols., 1991) en Carlson (2006). Algunos investigadores han señalado que los niveles bajos de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo (LCR) disminuye la actividad en la corteza prefrontal y que también el inhibir la síntesis de dopamina y noradrenalina, produce recaídas en pacientes con respuesta favorable a inhibidores de la recaptación de noradrenalina (Heninger, Delgado y Charney, 1996) en Carlson(2006).

En otras investigaciones Kramlinger (2002) puntualiza que las mujeres tienen tasas significativamente mayores de depresión que los hombres, que el primer episodio de depresión de una persona ocurre habitualmente entre los

25 y 44 años de edad, se infiere que casi uno de cada cuatro de individuos sufrirá por lo menos un episodio de depresión.

Por su parte Beck (2008) sugiere que la depresión se presenta a menudo en cuatro formas:

1. Cambios en el estado de ánimo, se siente triste, inútil, sin esperanza, tiene crisis de llanto, se siente culpable o despreciable, nada llama su atención las actividades no le proporcionan placer ni mantienen su interés.
2. Cambios cognoscitivos: la depresión puede interferir con el proceso de su memoria y pensamiento, dificultad para concentrarse, para tomar decisiones, decidir que ropa usar o qué alimentos preparar.
3. Cambios físicos: desordenar hábitos de sueño o apetito, minada su energía, se siente cansado, lento, agotado, la depresión está relacionada también con síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor de espalda y abdominal.
4. Cambios de comportamiento: descuidar su aspecto personal, no pagar sus cuentas, retirarse de la gente, conflictos con su cónyuge o con la familia

Por otra parte, Kramlinger (2002) aclara que el reconocimiento de la depresión es limitado, a veces no están presentes todos los signos y síntomas, se muestra a diferentes niveles de intensidad. Algunas personas sienten miedo porque creen que la depresión es un estigma, se preocupan por todo y los efectos de la enfermedad, inducen las medidas necesarias para tener tratamiento porque atribuyen un factor de riesgo si no se trata ya que puede persistir o agravarse, el riesgo de suicidio aumenta con cada episodio de depresión.

Se sugiere terapia farmacológica acompañada de terapia cognitivo conductual.

Algunas veces la depresión es a consecuencia de alguna muerte o pérdida, Slaikeu (1996) refiere que la apropiada elaboración del proceso de duelo, se

adoptó para prevenir una inadaptación ulterior en la vida. En tanto Caplan (2001) refiere que tanto en la pérdida de una fuente de satisfacción de necesidades básicas, la muerte, la separación de la persona amada, o la pérdida de la integridad corporal se viven duelos.

Al respecto Sanz (1995), indica lo siguiente:

El proceso de duelo tiene 5 etapas, que no necesariamente se viven en el orden que se presentan:

5. Aceptación
4. depresión
3. Pacto
2. Ira
1. Negación y aislamiento



Las describe de la forma siguiente:

- 1) **Negación y aislamiento:** Defensa temporal para la persona que está atravesando un proceso de duelo. Este primer paso permite amortiguar el dolor ante una pérdida irreparable, entre sus verbalizaciones están estas frases:

“no es cierto”, “tiene que haber un error”, “no puede ser”.

Es tan intenso el dolor emocional después de una pérdida que este rechazo de la realidad actúa a modo de anestesia. La persona suele mostrarse tranquila aunque su estado emocional, frecuentemente se ve salpicado por accesos de rabia, miedo, llanto.

- 2) **Ira:** En este paso se reconoce que la negación no puede continuar, por lo tanto es suplida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los ¿por qué?

¿Por qué a mí? ¿Por qué no le paso a otra persona?
Este sentimiento de culpa hace que muchas personas consideren "su enfermedad como un castigo a sus anteriores errores, aunque con frecuencia no puedan decir que hayan hecho de malo".

- 3) **Pacto:** La tercera etapa es menos conocida pero al igual es útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo, involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna forma posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida diferente al que hasta ahora han vivido.

En el caso de los que sufren la pérdida del ser amado, ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, surge aún más un sentimiento de enojo con la gente y con cualquier divinidad, viene la fase de pretender llegar a un acuerdo para superar la traumática vivencia.

Algunas promesas pueden ser: "Si me curo de esta enfermedad dejare de fumar" o bien, "solo quiero ver a mis hijos e hijas graduarse en la universidad y valerse por sí mismos o por sí mismas" "Ya no voy a ser grosero".

En esta etapa se busca a toda costa el milagro que revierta la situación.

- 4) **Depresión:** Durante la cuarta etapa, la persona que está muriendo empieza a comprender la certeza de la muerte. Debido a esto, el sujeto puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Este proceso hace que la persona se desconecte de todo sentimiento de amor y cariño.

Cuando el sujeto llegue a esta etapa, se sentirá invadido por una profunda tristeza. Es un estado, en general, pasajero y preparatorio para la aceptación de la realidad.

Puede tratarse de depresión preparatoria la cual se da como antesala de la inminente pérdida. Se trata de una depresión silenciosa, en la que la persona no desea verbalizar sus sentimientos. En caso de si hablar de sus sentimientos, los ejemplos serían: "Tan bueno(a) que era". "Ese día estuvo muy contento(a)".

- 5) **Aceptación:** La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa prefiere estar sola. Además, los sentimientos y dolor físico pueden desaparecer. Esta fase también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte.

En esta última parte, en el caso de quien sufrió una pérdida, el doliente finalmente acepta la pérdida y da inicio a la restructuración de su nueva vida. “Fue lo mejor que pudo pasar”, “Estaba sufriendo mucho.”

Después de este suceso tan difícil es necesario buscarle un sentido a la pérdida.

Surgen nuevas creencias en algunos casos favorables sobre todo si se han vivido todas las etapas del duelo en momentos quizá distintos pero todos presentes, también es necesario buscar estrategias para seguir manteniendo el recuerdo del finado, con una perspectiva diferente. Se puede designar que el duelo ya es patológico dependiendo del tiempo que hay entre el momento de la pérdida hasta que continúe con los síntomas vivos, la intensidad con que se viva o difusión con las situaciones cotidianas.

Para Castro, M. (2008) es importante que a una persona que está experimentando un profundo dolor y sufrimiento, se le acepte, comprenda y, a la vez se le demuestre empatía, además de reflejarle las vivencias de la persona y hacerle preguntas abiertas ya que afirmar nos permite la autoexploración y la pregunta cerrada nos conduce a finiquitar el asunto. Estas son algunas frases que se pueden utilizar:

- Me imagino el dolor que esto le está produciendo.
- Eso debe de ser difícil para usted.
- Entiendo cómo se siente
- Comprendo su situación.
- Esto le debe doler mucho.
- Noto que lo tiene muy disgustado.

Respetar el sentimiento que exprese el doliente, ser prudente y permitir que la persona se desahogue y escuchar activamente, además de explicarle al usuario cada una de las etapas de duelo.

3.5 Ansiedad

Según Carlson (2006), los trastornos de ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor y preocupaciones excesivas; o una combinación entre ellos. De todas las enfermedades mentales, son las que cuentan con mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13.6% al 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Kessler y cols., 2005; y Alonso y cols., 2004).

Entre las posibles causas de la ansiedad Carlson (2006), menciona que el cerebro contiene receptores benzodiazepínicos y que los trastornos de ansiedad podrían deberse a una disminución del número de estos receptores o por la secreción de un neuromodulador que bloquea el lugar de unión de las benzodiazepinas en el receptor GABA. Además, un estudio de neuroimagen funcional realizado por Malizia y cols. (1998) halló pruebas de una disminución de receptores GABA en el encéfalo de pacientes con trastorno de pánico y su concentración es especialmente densa en la corteza cerebral y en algunas áreas subcorticales, como el hipocampo y la amígdala.

Campos y cols. (2005), también plantean en la etiología biológica de dicho trastorno la intervención de los sistemas de neurotransmisión adrenérgico y serotoninérgico, así como del sistema GABA/benzodiazepínico, además refieren que desde la perspectiva neuroanatómica, se explica que la ansiedad, el miedo y las respuestas de escape y evitación se pueden explicar por medio de la filogenia animal, tomando en cuenta algunas vías que ayudan a entender la causa del trastorno de pánico; por ejemplo, la existencia de una red neuroanatomía centrada en la amígdala (emoción) que interacciona con el hipocampo (memoria) y la corteza prefrontal (planeación).

Así mismo Carlson (2006), declara que bastantes datos sugieren que la serotonina también puede estar implicada en los trastornos de ansiedad. Bystritsky y cols (2001) citado en Carlson (2006) encontraron que cuando

los pacientes con trastorno de pánico imaginaban situaciones que les causaban ansiedad, la resonancia mostraba un aumento de actividad en la corteza frontal inferior, la corteza cingulada y el hipocampo.

Para establecer el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad (TA), es indispensable saber claramente los síntomas que caracterizan a las crisis de angustia, los criterios para calificar a una crisis de angustia según el DSM-IV-TR son:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones y sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas y fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo). Y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Existen tres tipos de crisis de angustia, las crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), las crisis de angustia situacionales (desencadenada por estímulos ambientales) y las que pueden o no aparecer con estímulos situacionales. En el TA, se requiere que existan tipos de angustia inesperadas. Las crisis de angustia no son un diagnóstico aislado, no puede establecerse como tal, pues es una manifestación que depende de la presencia de otro trastorno, como el TA, y las fobias, donde al exponerse al objeto de la fobia se desencadena una crisis de angustia.

Ahora teniendo en cuenta los criterios para decir que se trata de una crisis de angustia, se revisan los criterios diagnósticos del trastorno.

A. Se cumplen (1) y (2):

1. Aparición de crisis de angustia inesperadas y en varias ocasiones.
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes o más de uno o más de los siguientes síntomas:
 - a) Inquietud persistente ante la inquietud de tener más crisis.
 - b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo perder el control, sufrir un infarto al miocardio, “volverse loco”)
 - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

Puede hacerse la especificación del TA, con agorafobia o sin agorafobia. La agorafobia es la ansiedad de encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o si apareciera una crisis de angustia inesperada no puede disponer prontamente de ayuda, como estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer fila, pasar por un puente, viajar en autobús, metro o algún otro transporte. Cuando esto ocurre el paciente requiere la compañía de alguien para soportarlo o evita enfrentarse a esa situación, por lo que cambia notablemente sus conductas.

En una revisión sistemática reciente realizada por el Dr. Ronald Kessler (2007) citada en Camacho y Heinze (2010). Se indicaron los siguientes datos sobre el impacto de la ansiedad en la población general:

- 1) Los trastornos de ansiedad tienden a la cronicidad, dado que entre el 60 al 70 de la población que declaran haber presentado un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, lo tiene activo en los últimos 6 a 12 meses.
- 2) Tienen una edad de inicio aproximada de 15 años.
- 3) Existe una alta comorbilidad entre los trastornos depresivos y ansiosos. Más de la mitad de las personas que presentan depresión o ansiedad, han llegado a padecer ambos tipos de trastornos.
- 4) Es probable que la prevalencia a lo largo de la vida haya aumentado en los últimos años.

Al respecto, Álvarez (2011) explica que el trastorno de ansiedad puede brotar tras alguna situación estresante (p. ej., el fallecimiento de un familiar, el curso de una enfermedad incapacitante, el despido del trabajo). A diferencia de lo que sucede en el trastorno de angustia, la ansiedad se refiere a la separación de las personas, del hogar, del trabajo, más que a estar incapacitado por una crisis de angustia inesperada.

En un estudio Campos y cols. (2005) revelan los elementos asociados a la ansiedad y fobia social concretamente, indican que la timidez infantil y determinados estilos de crianza de los padres se asocian a fobia social que más adelante se puede ver como un cuadro clínico de ansiedad. Asimismo, la presencia de ambos trastornos (ansiedad y fobia social) durante la adolescencia aumentará la probabilidad de padecerlos de manera recurrente a lo largo de la adultez temprana en ese sentido sugieren que la estructura y la cohesión familiar, así como los sucesos estresantes de la vida, se han asociado con trastornos afectivos en la etapa infanto-juvenil.

Camacho y Heinze (2010) manifiestan que la ansiedad es un trastorno adaptativo que aparece como una respuesta al estrés ante situaciones perjudiciales y esta no se prolonga por más de seis meses, este ajuste se da después de la desaparición de la situación estresante y sus secuelas. La ansiedad generalizada es una característica frecuente de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos psicóticos, y no debe diagnosticarse de forma independiente.

Para Campos y cols. (2005) la ansiedad es una respuesta que se da normalmente frente a la percepción de una amenaza o peligro, tiene como intención la protección del organismo es también un signo de que algo ha producido una inestabilidad. Asimismo es un “equivalente de un dolor físico a nivel mental“, estando presente en una amplio grupo de situaciones y conductas normales y anormales, así como de casi todas las enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas. En muchos casos, en la ansiedad no se tienen identificadas las causas precisas.

Por el contrario, Álvarez (2011) conceptualiza que en la mayoría de los casos, sí se conoce la causa de la ansiedad ya que existen situaciones en las cuales se está expuesto a peligros reales en las que las alteraciones biológicas de la ansiedad sirven como defensa, para reaccionar a estímulos amenazantes. Sin embargo, argumenta que las personas que padecen un trastorno por ansiedad presentan un alto impacto en su vida y en su familia, así como también un alto costo social. La ansiedad crónica se ha asociado con una alteración funcional

¿Cómo diferenciar la ansiedad y el miedo normales de sus patologías?

Camacho y Heinze (2010) dicen que los síntomas ansiosos se convierten en un problema cuando aparecen las siguientes situaciones:*

- La duración o intensidad son mayores de lo que usualmente se asocia a las circunstancias relacionadas con su aparición (Tomando en cuenta el contexto social y cultural del sujeto).
- Cuando la intensidad de la ansiedad o el temor han llegado a interferir en la funcionalidad cotidiana.
- Cuando las conductas destinadas a mitigar la ansiedad repercuten en la funcionalidad cotidiana.
- Cuando el paciente se queja de sufrimiento emocional secundario a los síntomas o repercusiones.

*Adaptado de New Zealand National Health Committee (1998) y de Canadian Working Group on Anxiety Disorders (2006).

Campos y cols. (2005) indican que desde el punto de vista psicológico, la teoría del aprendizaje destaca la importancia de las contingencias ambientales que lleva a una presencia continua de las crisis de ansiedad; estas se presentan después de la primera crisis, lo cual es referida como una “falsa alarma” o respuesta autónoma ante el estrés. Los sujetos vulnerables a la ansiedad desarrollan la respuesta de crisis de pánico ante la presencia de estímulos discriminativos, sobre todo de carácter interoceptivo. Dicha respuesta conduce a la presencia de estímulos reforzadores, como las conductas evasivas, lo cual mantiene la presencia de las crisis. Este proceso de aprendizaje no se refiere únicamente al modelo tradicional de condicionamiento operante, sino que involucra pensamientos, expectativas, imaginación, anticipación, planeación y estrategias de afrontamiento.



El factor cognoscitivo central en el trastorno de pánico implica que los sujetos hagan una evaluación catastrófica de los síntomas de ansiedad, según la cual los perciben como más peligrosos de lo que son en realidad.

Dentro de las estrategias se emplean generalmente la relajación muscular progresiva, la relajación autogénica y la respiración diafragmática, además la imaginación propicia que la mente cree una imagen que permite al sujeto alcanzar estados de bienestar y relajación, o bien para ayudarlo a inducir cambios corporales como el aumento de temperatura y la relajación muscular.

CAPÍTULO IV

4.1 Atención psicosocial

La atención psicosocial es el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales, comprender como las personas viven, interpretan y reaccionan a los acontecimientos que rompen su cotidianidad es la principal herramienta con la que se cuenta para cualquier iniciativa de ayuda. La gente tiene una experiencia previa, un pasado, una identidad que debe entenderse.

La consideración de los aspectos psicosociales ayuda a entender que las personas que experimentan una situación de tensión son parte de un contexto social, que tienen su propio recurso y que existen diferencias culturales.

Al respecto Álvarez y cols., (2011) expresan:

“El concepto de atención psicosocial es el proceso de acompañamiento personal, familiar, y comunitario, que busca restituir el equilibrio psicoemocional de las personas en momentos críticos, así como el establecimiento de las redes sociales de apoyo para superar un evento catastrófico”.

Por otra parte, De la Fuente (2011) señala que la atención psicosocial disminuye los efectos de estrés en el sujeto, este tipo de estrés es llamado psicosocial y se trata de cuando algunas situaciones sociales y estados psicológicos tales como conflictos, frustraciones, pérdidas o amenazas pueden precipitar emociones y provocar cambios fisiológicos. Esta forma de estrés actúa a través de las emociones que experimenta el sujeto y puede ser tan dañina como las temperaturas extremas, los microorganismos patógenos y los traumatismos físicos. Los efectos sobre la salud obedecen a la capacidad

de la persona para lidiar con la situación estresante y del apoyo social con que cuenta.

Según Beristain (2010) las víctimas de hechos traumáticos (sucesos sociales negativos) van a querer tanto olvidar como recordar; olvidar para tratar de dejar atrás un pasado muy doloroso; recordar porque el recuerdo de las circunstancias de los hechos puede ser muy importante. Sin embargo, los esfuerzos conscientes por tratar de olvidar tienen en general poco éxito, y se convierten muchas veces en una nueva experiencia estresante. Por otra parte, en el otro extremo, el recuerdo permanente de los mismos hechos o imágenes de lo vivido puede ser también una forma de pensamiento recurrente u obsesivo que no ayuda a enfrentar los hechos o sus consecuencias, algunos de los ejemplos son los siguientes.

- 1) Tienen sentimiento de desamparo, de estar a merced de otros, de haber perdido el control sobre la propia vida.
Sienten una ruptura de la propia existencia, una ruptura de un sentimiento de continuidad vital.
- 2) Además de un estrés negativo extremo.

Con respecto a estos síntomas: desamparo, ruptura y estrés negativo, De la Fuente (2011), ha documentado el hecho de que con frecuencia el inicio de una enfermedad se distingue con tener un estado psicológico caracterizado por el abandono de la lucha, lo que lleva a la persona a sentir esa ruptura en su vida, y que es precedida por el estrés negativo. Esta hipótesis ha sido objeto de diversos estudios tanto retrospectivos como prospectivos, los cuales sugieren que, en efecto, el estado psicológico juega un papel importante a través de la mente y del sistema nervioso central en la modificación de la capacidad del organismo para enfrentarse a factores patogénicos.

Frankl (2003), el famoso psiquiatra vienés creador de la logoterapia, reflexionó acerca del sentido de la vida, argumentando que cuando los pacientes se sienten abrumados por los síntomas, la discusión acerca del sentido de la vida tiene poca importancia; sin embargo, la normalización restaura el deseo de resistir, la individualidad restaura el sentimiento del yo,

el no perder la esperanza ayuda a que los pacientes asuman la responsabilidad de encontrar la “respuesta correcta” por sí mismos, su conducta corrobora el cumplimiento del ideal de Frankl, y el tener una buena adaptación o recuperación después de un evento adverso o una serie de ellos es lo que llamaríamos ser resiliente.

Al respecto Beristain (2010) comenta que el término resiliencia es usado para describir la capacidad del ser humano de sobreponerse a sus dificultades, enfrentar desafíos o hechos traumáticos y al mismo tiempo aprender de sus errores. En general, se considera que las personas más resilientes, o resistentes a la adversidad, son aquellas que afrontan los hechos como un reto, tratan de concentrarse en los aspectos sobre los que pueden tener un control en la situación y amplían un compromiso personal con los otros por superarse o enfrentarlos. Esto hace que haya personas más o menos resistentes, aunque depende de factores tanto personales como del grado de apoyo. Puede hablarse también de una resistencia colectiva cuando los grupos o comunidades desarrollan formas de resistir los hechos reforzando la cohesión, manteniendo una buena comunicación o llevando a cabo proyectos colectivos, asimismo, se puede atribuir que la calidad y la disponibilidad de apoyo social pueden ser factores promotores de resiliencia.

Slaikeu (1996) enfatiza que después de casi cualquier evento que rebase la capacidad adaptativa ante experiencias humanas categorizadas como normales, puede presentarse la alteración de diversas respuestas. Los ejemplos más representativos de este tipo de eventos traumáticos son: la amenaza continua, situaciones de privación (de la libertad física, de la alimentación, el descanso), los desastres naturales, los desastres producidos por la acción humana, (guerras, incendios, accidentes, aéreos, automovilísticos, químicos, nucleares o tóxicos, secuestros, violaciones).

Adicionalmente, buscar apoyo y otras estrategias de afrontamiento activo para tratar el estrés traumático protege significativamente, específicamente,

los efectos benéficos de la revelación emocional, discutir o compartir el evento traumático

Beristain (2010) reafirma lo que puede ayudar a la persona en un primer contexto no tiene mucho que ver con lo que le puede ayudar en un segundo evento. Frecuentemente los sobrevivientes de una situación traumática tienen dificultad de cambiar los mecanismos que le sirvieron en la primera situación.

Algunas estrategias que pueden servir como factores de protección para reducir los niveles de estrés son:

- Cuando se entrevista o se trabaja con las víctimas, hay que tener en cuenta como las personas han enfrentado los hechos o sus consecuencias hasta ahora.
- El apoyo social es muy importante para enfrentar hechos traumáticos. A escala interpersonal, compartir las experiencias es una forma de enfrentar los hechos traumáticos ya que contribuye a validar, reconocer, entender y darles un significado.
- En general, las personas que no comparten con otros su recuerdo de un hecho negativo presentan más problemas de salud física y mental.
- El apoyo social se asocia a una menor mortalidad y una mejor salud mental.
- Las personas que tienen más apoyo social se sienten mejor que aquellas que están aisladas o no tienen personas de confianza con las que pueden compartir y sentirse aceptadas.

Ahora bien, el apoyo social no consiste tanto en tener una red objetiva de relaciones sociales o personas, sino en que esa red sea funcional y percibida por la víctima como un soporte y comprensión.

Por otra parte, la negación o la evitación pueden ser adaptativas, cuando ayudan a establecer un ritmo de asimilación de los hechos acorde a la situación o las necesidades de la persona, a veces actúa como preservación cuando no hay una causa que permita asimilar la experiencia. Si la persona se

encuentra en un equilibrio precario, hablar o compartir su experiencia puede ser vivido como una desestabilización y suponer un aumento de la tensión, por lo que se debe ser cuidadoso.

El apoyo o ayuda que brinde la familia, los amigos y la comunidad influye significativamente en la sobrevivencia y sirven como un colchón que protege la salud.

Los capítulos anteriores nos permiten comprender cómo el estrés afecta al organismo y provoca que las personas llamen al *Call Center* en busca de apoyo psicológico.

El objetivo de este informe profesional de servicio social es:

- 5) Describir las actividades que realicé durante la prestación del Servicio Social.
- 6) Desarrollar un marco teórico que fundamente cómo y porqué el estrés subyace en las problemáticas que presentan los usuarios.
- 7) Presentar algunos ejemplos de casos atendidos, así como las respuestas dadas.
- 8) Evaluar limitaciones y beneficios del programa.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL, EN EL *CALL CENTER* DE APOYO PSICOLÓGICO.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

- Con el propósito de capacitarnos el maestro Jorge Álvarez Martínez nos impartió dos cursos: uno de intervención en crisis, para saber cómo dar contención emocional a los usuarios, lo dio en la Facultad de Economía y el otro sobre tutorías, cuya finalidad es brindar acompañamiento y motivación a los estudiantes, este lo impartió aquí en la Facultad de Psicología. También nos entrenó para poder intervenir en las brigadas de ayuda para simulacros de sismos.
- Entre las propuestas que nos plantearon, se encuentra el Modelo de Atención Telefónica con enfoque en Terapia Gestalt, impartido por la Lic. en Psicología Samantha Urzua, así como también con el modelo de atención de SAPTEL el Lic. en psicología Jesús Said López es quien nos entreno para así poder colaborar con la población necesitada de ayuda profesional.
- Así mismo la Dra. Ángeles Mata, impartió un taller sobre adicciones, para intervención breve y en modelos de solución de problemas.
- En supervisión nos mostraron mediante *role playing*, que consiste básicamente, en simular situaciones de los casos que se presentan los usuarios del *Call Center*, todo esto con objeto de estar mejor preparados para dar intervención psicológica.
- El Lic. en Psicología Rodrigo García nos entreno en un curso para conocer el funcionamiento de un *Call Center*.
- Ayudé a hacer difusión del *Call Center*, mediante volantes en la Facultad de Psicología.

- Asimismo nos llevaron a otras instalaciones para recibir capacitación, por ejemplo la Comisión General de los Derechos Humanos.
- Los prestadores de servicio entrenamos a los nuevos colaboradores que ingresaron al programa.
- Atendí algunas de las diferentes llamadas psicológicas recibidas.

4.3 Esquema del Reporte de Servicio Social



Foto: Fernando Velázquez

En febrero del 2012 la Universidad Nacional Autónoma de México, dio a conocer al público en general la apertura del *Call Center* para brindar atención psicológica, coordinado por Jorge Álvarez Martínez.

Al marcar el número 5622-2288, alguno de los 21 psicólogos en línea atendía la llamada para dar auxilio o apoyo directo, los expertos en línea, formados por alumnos de los últimos semestres de la licenciatura, prestadores de servicio social, e incluso del posgrado de la Facultad de Psicología, cubrían horarios de cuatro horas con equipos divididos para la atención de 8 a 20 horas, de lunes a viernes.

Los recursos técnicos constan de diadema telefónica, papel, pluma y un directorio de los centros de atención en el Distrito Federal.

Entrenamiento

La primera generación de psicólogos en línea está habilitada para dar apoyo psicológico. Para ello el equipo fue entrenado, recibiendo seminarios y cursos impartidos por el profesorado de dicha entidad académica. Si la situación del usuario lo ameritaba, intervenían los supervisores, Alma Rodríguez Talavera o Efrén Elizalde González, para asesorarnos de cómo resolver el caso.

A diferencia de otros sitios similares que operan en el país, el *Call Center* de la UNAM, explicó Álvarez Martínez en una entrevista para la *Gaceta* ofrece terapias, intervención psicológica vía telefónica y la opción de continuarlas en las instalaciones de esta casa de estudios de manera presencial –por medio de los distintos centros de atención a la comunidad universitaria y del sector social con que se cuenta–, sean familiares, de pareja, o individuales.

Colaboración

El servicio de atención psicológica vía telefónica, promovido por la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos, recibió asesoría y financiamiento del Instituto Mexicano de la Juventud y está adscrito a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social.

De acuerdo con las necesidades, los usuarios podían ser canalizados a centros especializados ubicados en el Distrito Federal, que aparecen enlistados en las carpetas que utilizan los psicólogos en línea.

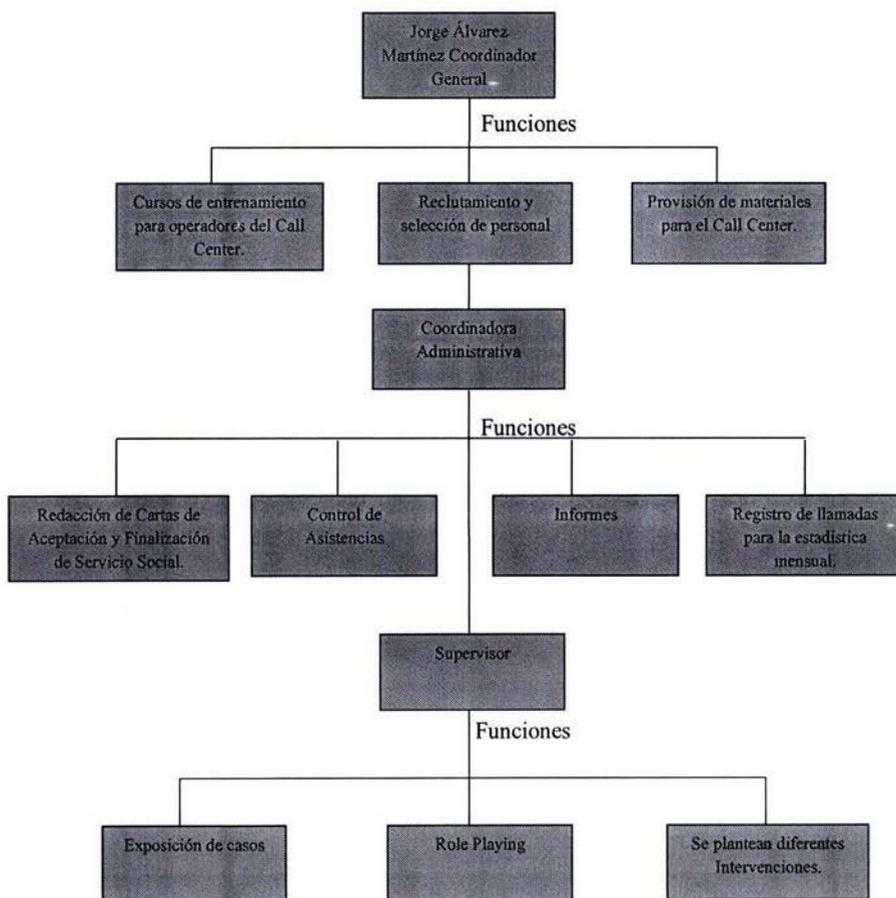
El equipo del *Call Center* estuvo integrada por Adriana Alférez Álvarez, José María Bautista Baeza, Luis Gilberto Ávila Nájera, Gabriela Serrano Adame, Yolanda Limón Flores, Liz Belem Fragoso Vázquez, Alba Cruz Escalera, Daniel Zubillaga Nieto y Verónica Suárez Valdovinos.

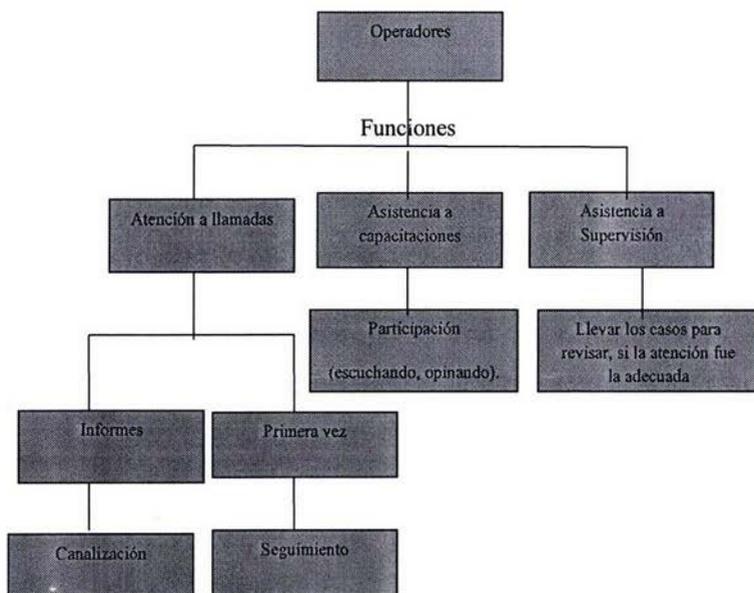
También, Belem Nashiely Álvarez Vargas, Brenda Carrizosa Martínez, Carlos Minero Ibarra, Yazkin Haruco Alvarado Sánchez, Haidé Mota Hernández, José

Luis Morales Espejel, Cinthya Helena Trejo Zámamo, Fernando Humberto Arrieta López, César Plata Reyes, Roberto Antonio Clavel Galeana, Ramón Vasco Vázquez y Rodrigo Valdez Guízar. Tijerino (2012).

A continuación se ilustra por medio de esquemas como es la atención en el *Call Center*, en donde tuve la oportunidad de hacer el servicio social.

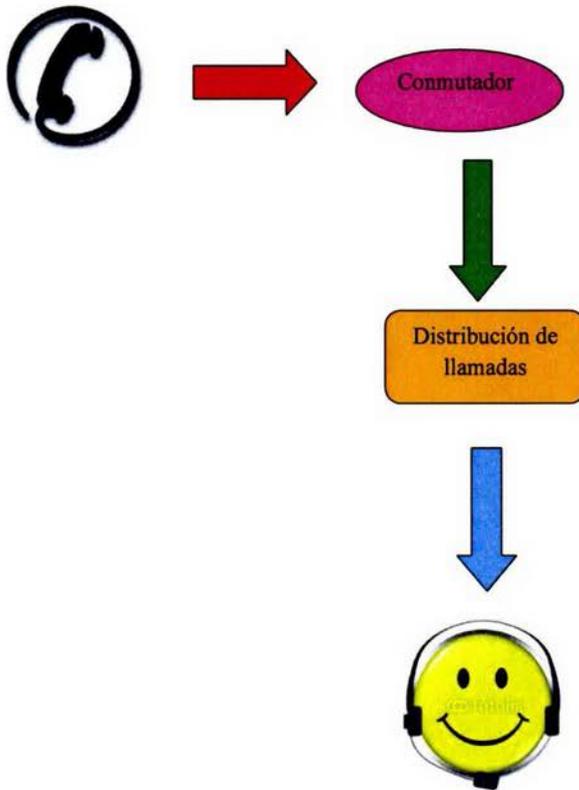
Funciones que se llevan a cabo dentro del *Call Center* de Apoyo Psicológico.







Modelo de atención y distribución de llamadas del *Call Center*



Entre las normas básicas establecidas para el prestador de servicio social en cuanto a restricciones para dar atención psicológica, nos indicaron lo siguiente:

Si se llegara a presentar un caso como:

- Violación
- Secuestro
- Homicidio

Derivar al usuario a las instancias legales correspondientes por ser un delito, y el personal de atención de la línea debe ser en todo momento objetivo y reconocer nuestras propias limitaciones y de la línea, por consiguiente lo que teníamos que hacer era consultar el directorio e informar al usuario que el *Call Center* UNAM no es competente para este tipo de casos.

Así mismo entre las habilidades que debíamos adquirir y desarrollar para la óptima atención a los usuarios, estaba la manifestación de límites, ya que si al iniciar la comunicación, el usuario agredía al orientador, debíamos expresar la disposición para apoyarlo y amablemente solicitarle que evitara las agresiones verbales. En caso de que el usuario no corrigiera sus expresiones, anticipábamos la conclusión de la comunicación.

4.4 Tipo de usuarios

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en su vigésimo segunda edición (2010) define el concepto usuario de la siguiente forma:

(Del lat. *usuarius*).

- 1. adj. Que usa ordinariamente algo. U. t. c. s.**
- 2. adj. *Der.* Dicho de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación. U. m. c. s.**
- 3. adj. *Der.* Dicho de una persona: Que, por concesión gubernativa o por otro título legítimo, goza un aprovechamiento de aguas derivadas de corriente pública. U. t. c. s.**

De manera general para efecto de este trabajo clasifiqué a los usuarios dependiendo la problemática por la que llamaron y el número de llamadas:

Madres de familia (generalmente llaman por preocupación de sus hijos, o por infidelidad de su pareja).

Ruptura de pareja en noviazgo (duelos).

Depresión.

Para saber si el usuario estaba estresado, escogí para evaluarlos unas preguntas basándome en los criterios del DSM – IV sobre estrés en la que les preguntaba: en una escala del 1 – 10, como se sentían respecto a sudoración, fatiga, insomnio, irritabilidad, enfermedades frecuentes y que tan frías sentía sus manos.

Solamente tomé en cuenta llamadas de primera vez, ya que en las de seguimiento me di cuenta, que las personas que llamaban posteriormente ya no presentaban la misma escala de estrés, ya había disminuido o incluso decían sentirse tranquilas.

4.5 Componentes de apoyo

Entre los componentes de apoyo Gómez del Campo, J. (1992) resalta están los siguientes:

Actitudes y habilidades básicas para facilitar la comunicación.

1. Actitud amable, aprobación cálida de cada fase de la experiencia de la persona. Esto es fundamentalmente importante en la relación terapéutica porque en ella se hablan de las limitaciones, fracasos, anhelos y sentimientos de la persona. Con su actitud tanto verbal como no verbal, el psicólogo debe comunicar a la persona esta aceptación franca, o al menos la disposición para tener esta incondicionalidad.
2. Congruencia. Ser coherente y ser auténtico, es ser uno mismo con espontaneidad y naturalidad. Es presentarse ante los demás sin presunciones ni defensas. Congruencia significa correspondencia entre lo que la persona piensa, siente y hace.
3. Empatía. Aproximarnos a su mundo como si fuera el nuestro. Sentir su coraje, miedo y confusión como si fueran los propios pero sin que se mezclen con la propia experiencia de esos sentimientos. Identificarse con lo que siente o está vivenciando el otro. La empatía es escuchar, acompañar.
4. Confrontación. Suele verbalizarse haciendo mención a las diferentes formas de comunicación de la persona: “Por una parte sientes (piensas, dices, haces)...y por otra sientes (piensas, dices, haces)...
Para que una confrontación sea segura deben reunirse tres condiciones, primero, debe existir una base sólida de confianza

y comprensión; segundo, el facilitador debe percibir incongruencias que le parezcan importantes de explorar, y tercero, el psicólogo debe estar razonablemente seguro de que el usuario está listo para afrontar estas divergencias. La oportunidad y la actitud no enjuiciatoria son factores centrales para el uso adecuado de la confrontación.

5. **Asertividad.** La capacidad para autoafirmarse y defender los propios derechos sin agredir a los demás, es una importante habilidad en el facilitador de la comunicación, dado que es una de las áreas que frecuentemente se llegan a encontrar alteradas en los usuarios. Muchos problemas de las personas se deben a su incapacidad para decir “no”, para poner límites y para oponerse firmemente a otra persona que quiere pasar por encima de ella.

La falta de asertividad lleva a la inactividad, a la falta de confianza en uno mismo y a la dificultad para decidir. Existen algunas técnicas que se pueden utilizar tanto en el entrenamiento asertivo como en el aprendizaje de otras habilidades, algunos ejemplos son: modelamiento, simulación, ensayo conductual, retroalimentación y reforzamiento, reestructuración cognitiva y asignaciones de tarea a incrementar la generalización de los comportamientos aprendidos.

6. **Habilidades para facilitar la solución de problemas.** Se habla de algunas técnicas para el manejo de los conflictos interpersonales. Algunas de ellas son por ejemplo: los seis pasos de la solución de problemas, podrían aplicarse también a situaciones intrapersonales.

Estos son los seis pasos:

1. Definir el problema en términos de necesidades, no de soluciones;
2. Utiliza la “tormenta de ideas” para producir posibles soluciones;
3. Selecciona aquellas soluciones que parecen resolver más necesidades y trata de estimar sus posibles consecuencias;
4. Establece un plan detallado: qué se va a hacer, quién cuándo, cómo y dónde;
5. Ejecuta el plan;
6. Evalúa el proceso de solución de problemas, y posteriormente, el resultado de la solución propuesta.

4.6 Atención a usuarios

En el *Call Center* se nos entrenó a los prestadores de servicio social para ver la manera más apropiada de contestar y atender a los usuarios de este servicio con los siguientes lineamientos generales.

Frases usuales al contactar al usuario:

Las siguientes frases son generalmente las que en el *Call Center* se usan para brindar la mejor atención. Álvarez, J. (2011)

1. Bienvenida: “Gracias por llamar al *Call center* de apoyo psicológico”.
2. Calidez: “Le atiende ...”
3. Atención y escucha activa: “¿En qué le puedo orientar?”
4. Pregunta o verifica información
5. “Sr@., Srita.:
6. estoy investigando su solicitud”
7. continuo con usted”
8. le escucho”
9. le estoy atendiendo”...
10. Orienta y/o sugiere (con base en la información oficial)
11. Una vez proporcionada la información, pregunta: “¿Le puedo servir en algo más?”
12. Despedida:
13. “Le atendió ...”

Gómez del Campo, J. (1992). Indica que la necesidad de este servicio es indiscutible y que cada vez es mayor el número de personas que utilizan la línea telefónica para solicitar ayuda psicológica, es por eso que resulta fundamental, estar lo mejor posible preparados; Además de la escucha, la persona que entrevista tiene que tener habilidades para facilitar la narración en la entrevista por ejemplo:

- Cuando atiendas una llamada, relájate y escucha, haciendo interjecciones o expresiones como por ejemplo (ajá,..) que hagan saber a la otra persona que estas siguiendo su relato y estimulándolo para seguir adelante.
- Parafrasear repetir una parte de lo que la persona ha dicho, con palabras similares o parecidas para retomar la expresión y seguir un poco más adelante.
- Clarificar, cuándo vemos que no estamos comprendiendo, se puede decir, perdón vamos a ver si he entendido bien.
- No hagas promesas que no puedas cumplir.
- Las metáforas pueden ser útiles como expresiones más cercanas a la persona, especialmente cuando se trabaja con aquella en donde las metáforas forman parte habitual del lenguaje, ejemplo: ¿Ud. se siente como dentro de un túnel oscuro, o que ya está viendo la luz?
- No te identifiques al inicio como miembro de ninguna clase, raza, religión o partido político; después se verá la conveniencia de que lo hagas o no.

Al principio tal vez te toque cargar el mayor peso de la conversación. La persona que llama puede estar nerviosa y puede no saber cómo empezar.

Considera con seriedad todas las llamadas. Muchos hablan para preguntar “de parte de un amigo” o “para pedir información acerca del servicio”.

Se amable, no te desanimes cuando cuelguen. El que llama obtuvo respuesta y tal vez con eso basta para empezar.

Con frecuencia las personas que llaman tienen una desconfianza profunda en los demás, especialmente si sienten que serán criticados. Necesitamos

hacerles sentir que pueden confiar en nosotros, y que lo consideramos una persona digna de respeto independientemente de la situación en la que se encuentra.

No siempre será evidente que la persona se encuentra en problemas. Tratará de fingir que no pasa nada. No indagues demasiado ni te precipites en obtener información de áreas que la persona está escondiendo.

Recuerda el hecho de que la persona es quien llamo y que por lo tanto puede terminar la llamada cuando quiera.

Trata de escuchar empáticamente y de manera activa.

No emitir un diagnóstico, puesto que no es el objetivo de la intervención.

Explicar al usuario que tiene la opción de marcar al *Call center* cada vez que se sienta mal o quiera platicar con alguien.



4.7 Modelos de intervención

Es importante mencionar que el terapeuta escoge aquel modelo que se ajuste mejor tanto a su marco de conocimientos teórico-clínico-técnico, como a las características del caso en particular, algunas veces se utilizan combinaciones, tanto en distintas sesiones como en la misma sesión, todo depende de cómo se escuche el usuario, por ejemplo: si al contestar el usuario, está demasiado ansioso, y estos síntomas no le permiten explicar lo que le está pasando, se inicia pidiendo a éste, que respire lenta y profundamente, para que se tranquilice y pueda explicar lo que le está sucediendo. Si el usuario está demasiado deprimido, se tiene que ser más directivo con la persona, indicándole lo que podría hacer, cuándo el usuario es muy funcional y sólo requiere información, se le orienta o psicoeduca, y a veces lo único que necesita el usuario es que alguien lo escuche y utilizamos la escucha activa, (escuchar y comprender lo que nos estén diciendo). Enseguida se describen algunos de los modelos de intervención utilizados:

a).- **Gestalt**, con ejercicios de relajación, también se trabaja el enojo.

Como parte del enfoque **educativo-preventivo** tiene un lugar importante el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales o/y cognitivo conductuales en las personas (García, 2000):

b).- **Cognitivo**. Algunas veces la percepción del usuario, originan cogniciones o pensamientos irracionales, por lo que en esta parte nos auxiliamos con ejercicios de reestructuración cognitiva, este ensayo comprende cuatro etapas:

- Aceptación del problema, para generar la solución del problema.
- Solución de problemas. Involucra la capacidad para reconocer y definir un problema, valorar sus dimensiones,

analizar sus componentes, valorar opciones y anticipar consecuencias.

- Reconocimiento, identificación de la historia
- Toma de decisiones. Incluye las habilidades para reconocer y generar alternativas de elección ante una situación que plantea disyuntivas, valorar las ventajas y desventajas de cada opción, establecer prioridades y plantear escenarios futuros sobre cada opción.
- Autoestima. Integra el reconocimiento de las capacidades y limitantes propios, los valores, creencias, ideas, sentimientos y necesidades de sí mismas y de los demás, el reconocimiento de sí mismas como personas únicas e irrepetibles.
- Asertividad. Involucra la habilidad de expresar a los otros las ideas, sentimientos y necesidades sin que ello implique detrimento para sí mismas o para los demás.
- Establecimiento de límites. Incluye la habilidad de plantear y negociar condiciones que sirvan de límite a relaciones que afectan la integridad física, psicológica, emocional o económica de las personas.

c).- conductual. Para eliminar conductas no deseadas

d).- psicoeducación. Proporciona al usuario información precisa, clara y confiable sobre el funcionamiento normal del individuo, sobre las respuestas cognitivas, conductuales, emotivas y motoras. Esta información muchas veces da tranquilidad al usuario cuando está muy alterado, pensando que no es normal lo que le está sucediendo.

e).- orientación. Muchas veces el usuario llama para saber dónde obtener atención psicológica presencial de determinado tipo y muchas veces cercano a su domicilio.

f).- Apoyo. Se utiliza en condiciones emocionales y de emergencia o cuando el usuario presenta una condición crónica que ha tenido un impacto importante en su vida. El terapeuta proporciona apoyo al usuario a través de comentarios que transmiten empatía y solidaridad.

4.8 Supervisión de casos

La supervisión de casos fue dada por psicólogos profesionales que tienen experiencia laborando en *Call center*, se nos brindó asesoría técnica y metodológica, así como también se nos orientó sobre nuestras funciones, derechos y obligaciones. Expusimos las llamadas recibidas dando a conocer nuestra experiencia y así los supervisores nos guiaron y orientaron en cada una de las dudas que nos surgieron para brindar la mejor ayuda de acuerdo a nuestras capacidades, se nos reforzaron nuestras habilidades y de la misma forma se nos señalaron nuestros errores de forma respetuosa. También nos facilitaron número telefónico de los supervisores para que nos comunicáramos, si tenemos dudas en horarios que no eran los de la supervisión. La comunicación fue tratada con discreción y confiabilidad.

Finalmente si por alguna razón nos quedaba alguna duda o no podíamos solucionar el caso con el supervisor teníamos la opción de acudir con el maestro Jorge Álvarez.

Ejemplos de casos:



Call Center
UNAM

FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del Usuario: L. L. S.

Nombre del Prestador de Servicio Social: Verónica Suárez Valdovinos.

Fecha: 09/02/12

Hora de Inicio: 6:00 p.m.

Hora de Término: 6:40 p.m.

Edad: 29 años Escolaridad: Pasante de Economía

Ocupación: Trabaja en una oficina.

Estado Civil: Soltera.

Turno en el que estudia (en caso de ser estudiante):

Plantel:

Delegación de Procedencia o Municipio: Iztacalco

Número telefónico de referencia:

Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.): Casa

¿Cómo se enteró del Servicio?: Por el periódico.

¿Presenta caso Legal? SI () NO (X)

• Violación	
• Delito sexual	
• Lesiones	
• Secuestro	
• Homicidio	

- Otros: X

Nota: Derivarse, consultar directorio e informar al usuario que el Call Center no es competente para estos casos.

Motivo de la llamada.

La usuaria menciona que hace 3 años terminó su relación con su novio y desde entonces, se siente muy triste y sin ganas de hacer nada, refiere que incluso no ha podido hacer su tesis, y que ha intentado salir con otros chicos; pero termina decepcionada.

Encuadre.

Le comenté a la usuaria que podía hablar todos los jueves a las 6:30 p.m. y si cualquier otro día se sentía mal o quería hablar, lo podía hacer a la hora que quisiera, con cualquiera de mis compañeros.

Exploración del Usuario (estado de ánimo, observaciones durante la llamada,

La usuaria se escuchaba orientada en tiempo, lugar y espacio, en momentos parecía que lloraba. Con la problemática de esta usuaria, lo que traté de hacer es, evaluar ¿Qué tanto la crisis ha afectado su vida y su relación con su familia y amigos?, ayudar a la persona a reconocer sus sentimientos y expresarlos, explorar alternativas para enfrentar la situación ya sean nuevas u otras que le hayan sido útiles para superar alguna otra pérdida.

Posible Diagnóstico.

Duelo por ruptura con su pareja.

Acciones efectuadas por el Prestador de Servicio (Intervención).

A la usuaria le comencé a hablar sobre el duelo, explicando cada una de las etapas, y como hay veces en las que se dificulta resolver el duelo de una manera eficaz, le di algunas técnicas de escritura, la cual consiste en escribir en 3 tiempos, el problema, en la primera hoja, se escribe el problema tal como lo está sintiendo, en la segunda hoja se escribe en 3ª persona, con la intención de que la persona vea su problema fuera de ella y en la tercera se trata de identificar las emociones ya que conociendo la emoción que sentimos es más fácil trabajar con ella, hable de la importancia de expresar las emociones, hablamos de cómo en otras ocasiones similares a afrontado las pérdidas, planeamos nuevas actividades, y le comente de la importancia de aumentar el contacto social y de reestructuración cognitiva.

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



Call Center
UNAM

FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del Usuario: L. P. R.

Nombre del Prestador de Servicio Social: Verónica Suárez Valdovinos.

Fecha: 29/03/12

Hora de Inicio: 6:40 p.m.

Hora de Término: 7:36 p.m.

Edad: 40 años Escolaridad:

Ocupación: Trabaja Estado Civil: Casada.

Turno en el que estudia (en caso de ser estudiante):

Plantel:

Delegación de Procedencia o Municipio: Iztacalco.

Número telefónico de referencia:

Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.): Casa

¿Cómo se enteró del Servicio?: Por internet.

¿Presenta caso Legal? SI () NO (X)

• Violación	
• Delito sexual	
• Lesiones	
• Secuestro	
• Homicidio	

• Otros: X

Nota: Derivarse, consultar directorio e informar al usuario que el Call Center no es competente para estos casos.

Motivo de la llamada.

La usuaria dice estar preocupada, porque regaña mucho a sus hijos, menciona que su mamá y hermanos son depresivos y tiene un tío bipolar, también argumenta que actualmente está pagando un carro, que tiene un mes que le operaron la rodilla y camina muy despacio, por eso le resulta indispensable el coche, también dice estar preocupada porque tiene un niño el cual nació con espina bífida y un retraso leve y eso la desespera aún más. Dice que eso la deprime y tiene miedo de lastimarlo cuando se desespera con él.

Encuadre.

Quedo de hablar los jueves a las 7:00 p.m. y además cualquier día que se sintiera mal podía hablar con mis compañeros.

Exploración del Usuario (estado de ánimo, observaciones durante la llamada,

La usuaria se escuchaba preocupada, su voz era clara y estaba orientada en tiempo, espacio y persona. Con esta usuaria lo primero que hice fue ayudarla a jerarquizar, ya que cuando me habló de los problemas psiquiátricos de su madre y hermanos, y al ver que su edad estaba en una etapa de riesgo a deprimirse por cercana a la menopausia, lo primero era explicar la importancia de medicarse, y buscar ayuda en su casa para cuidar a sus hijos y protegerlos.

Posible Diagnóstico.

Posible depresión.

Acciones efectuadas por el Prestador de Servicio (Intervención).

Al preguntarle a la usuaria si a ella nunca le habían diagnosticado depresión, (por sus antecedentes familiares), me dijo que sí, que una vez estuvo incluso medicada, le pedí que volviera a ir al psiquiátrico para que fuera evaluada, así como a un ginecólogo ya que por su edad también las hormonas pudieran estar repercutiendo en su estado de ánimo.

También estuve hablando de la importancia de la adherencia al tratamiento en caso de ser depresión, también le di algunos ejercicios de reestructuración cognitiva (para modificar su pensamiento), y otros de autoestima.

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



Call Center
UNAM

FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del Usuario: M. S. T.

Nombre del Prestador de Servicio Social: Verónica Suárez Valdovinos.

Fecha: 14/02/12

Hora de Inicio: 7:00 p.m.

Hora de Término: 7:50 p.m.

Edad: 59 años Escolaridad:

Ocupación: Trabaja en una oficina.

Estado Civil: Casada.

Turno en el que estudia (en caso de ser estudiante):

Plantel:

Delegación de Procedencia o Municipio: Tlalpan

Número telefónico de referencia:

Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.): Casa

¿Cómo se enteró del Servicio?: Por Internet

¿Presenta caso Legal? SI () NO (X)

• Violación	
• Delito sexual	
• Lesiones	
• Secuestro	
• Homicidio	

• Otros: X

Nota: Derivarse, consultar directorio e informar al usuario que el Call Center no es competente para estos casos.

Motivo de la llamada.

La usuaria refiere que está muy preocupada, porque su hija de 15 años le confesó que tuvo relaciones sexuales en un hotel con un joven que conoció por internet, además de que relata que si su esposo se enterara se iba a enojar demasiado.

Encuadre.

Le mencioné a la usuaria la posibilidad de comunicarse al *Call Center* toda vez que se sintiera preocupada o quisiera hablar con alguien, y le ofrecí los horarios disponibles.

Exploración del Usuario (estado de ánimo, observaciones durante la llamada, etc.).

La usuaria se escuchaba orientada en tiempo, lugar y espacio, además de bastante preocupada y mencionó no saber qué hacer al respecto. Primero le pregunté, si su hija se encontraba bien, y que en estos momentos, la salud de su hija era lo más importante, y le pregunté ¿Qué va a hacer cuando todo esto haya pasado? Que es una pregunta que sirve para movilizar a las personas y hacerle notar que la situación va a pasar.

Posible Diagnóstico.

Habló para pedir información y consejo ya que no sabía cómo actuar.

Acciones efectuadas por el Prestador de Servicio (Intervención).

Comencé hablándole a la usuaria acerca de lo importante que era el que su hija le haya platicado y como ella tenía que fortalecer la confianza que su hija le dió, en lugar de que la pierda, le hablé del riesgo que su hija corre al irse con un desconocido tanto en su seguridad personal como en su salud ya que podían llegar a contagiarla de alguna enfermedad, y después le mencioné la necesidad de llevar a su hija al centro de salud más cercano a su domicilio a que le hablaran de métodos anticonceptivos tanto para evitar un embarazo, como para evitar una enfermedad de transmisión sexual.



Call Center
UNAM

FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del Usuario: J. O. M.

Nombre del Prestador de Servicio Social: Verónica Suárez Valdovinos.

Fecha: 16/03/12

Hora de Inicio: 5:10 p.m.

Hora de Término: 5:50 p.m.

Edad: 18 años Escolaridad: preparatoria

Ocupación: Estudiante Estado Civil: Soltera.

Turno en el que estudia (en caso de ser estudiante):

Plantel:

Delegación de Procedencia o Municipio: Coyoacán

Número telefónico de referencia:

Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.): Casa

¿Cómo se enteró del Servicio?: Por un amigo

¿Presenta caso Legal? SI () NO (X)

• Violación	
• Delito sexual	
• Lesiones	
• Secuestro	
• Homicidio	

• Otros: _____

Nota: Derivarse, consultar directorio e informar al usuario que el Call Center no es competente para estos casos.

Motivo de la llamada.

La usuaria refiere que llama porque dice ser lesbiana y que el fin de semana anterior al día que llamó se fue con unos amigos, se emborrachó y no supo que pasó, su temor era que sus padres se enteraran de lo que hizo, porque mencionó estar en una religión llamada los Trinitarios Marianos, y decía que en esa religión el pastor todo lo ve y todo lo sabe y aunque ella no dijera nada a sus papás, el pastor la iba descubrir con sus padres.

Encuadre.

Le expliqué cómo funciona el *Call center* y la posibilidad de que podía llamar el día y hora que acordáramos o si por alguna causa se llegaba a sentir ansiosa otro día, llamara con cualquiera de mis compañero, los cuales con gusto la atenderían.

Exploración del Usuario (estado de ánimo, observaciones durante la llamada,

La usuaria se escuchaba orientado en tiempo espacio y persona, su voz se entrecortaba con el relato se notaba bastante ansiosa. Con esta usuaria trate de ayudarla a comprender su situación, preguntándole con qué apoyo de personas contaba, para que tuviera más recursos para salir adelante, estableciendo objetivos realistas.

Posible Diagnóstico.

Posible ansiedad

Acciones efectuadas por el Prestador de Servicio (Intervención).

Lo primero que hicimos fueron respiraciones para que bajara el nivel de ansiedad, a continuación le dije a la usuaria que la única conducta preocupante no era en sí su preferencia sexual, sino que se emborrachara y perdiera la conciencia de lo que hacía porque estaba teniendo conductas de riesgo, ya que podría adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual, por otra parte; con respecto a la religión, le mencioné que hay veces que nos podemos hacer codependientes de la religión, ya que pensamos que dependemos de un poder superior para afrontar las dificultades de la vida y así se elude la responsabilidad de los problemas como ser adicto de la religión, y para salir de allí se tiene que trabajar con autoestima, asertividad, saber poner límites así como asumir la realidad.

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

UNAM



Call Center
UNAM

FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del Usuario: G. C. H.

Nombre del Prestador de Servicio Social: Verónica Suárez Valdovinos.

Fecha: 07/03/12

Hora de Inicio: 4:30 p.m.

Hora de Término: 5:20 p.m.

Edad: 37 años Escolaridad: Lic. en Filosofía

Ocupación: estudiante Estado Civil: Soltera.

Turno en el que estudia (en caso de ser estudiante):

Plantel:

Delegación de Procedencia o Municipio: Xochimilco.

Número telefónico de referencia:

Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.): Casa

¿Cómo se enteró del Servicio?: Por su maestro

¿Presenta caso Legal? SI () NO (X)

• Violación	
• Delito sexual	
• Lesiones	
• Secuestro	
• Homicidio	

• Otros: X

Nota: Derivarse, consultar directorio e informar al usuario que el Call Center no es competente para estos casos.

Motivo de la llamada.

La usuaria refiere que siempre a tenido miedo a los temblores pero que a partir de que empezó a temblar más frecuentemente, se espanta y no sabe qué hacer, y ahora tiene miedo de salir, también en su casa le da mucho miedo que tiemble, siente que del miedo le falta el aire y tiene la sensación de que se va a morir.

Encuadre.

Le indiqué los horarios en los que podía hablar y que estaba en la mejor disposición, de seguir atendiéndola.

Exploración del Usuario (estado de ánimo, observaciones durante la llamada,

La usuaria se escuchaba orientada en tiempo espacio y persona, su voz era clara pero se escuchaba preocupada, Con esta usuaria estuvimos viendo sus mecanismos de afrontamiento ya que mencionaba que ya había acudido a varios psicólogos y no le había funcionado las estrategias de relajación.

Posible Diagnóstico.

Ataques de Pánico

Acciones efectuadas por el Prestador de Servicio (Intervención).

Después de explicarle que es lo que le estaba ocurriendo, que posiblemente eran ataques de pánico, y que si el miedo era muy paralizante tendría que ir al psiquiátrico a que le hicieran una valoración por si necesitaba ayudarse con ansiolíticos, le expliqué una técnica cognitivo conductual, que se trata de un condicionamiento en el cual se tiene que meter a su recámara, poner la alarma del reloj para que suene en 15 minutos, y cerrar los ojos, imaginarse todo lo peor que pudiera suceder, llorar si se siente la necesidad y cuando suene el reloj limpiarse los ojos y hacer otra cosa, registrar lo que se piensa y lo que se siente, al principio mañana y tarde y poco a poco se va disminuyendo el tiempo hasta que llegue el momento que aunque pienses lo que pienses ya no te cause ansiedad, además de ejercicios de relajación y reestructuración cognitiva.

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

UNAM



Call Center
UNAM

FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del Usuario: L. S. G.

Nombre del Prestador de Servicio Social: Verónica Suárez Valdovinos.

Fecha: 19/02/12

Hora de Inicio: 6:20 p.m.

Hora de Término: 7:10 p.m.

Edad: 24 años Escolaridad: 5to. Semestre de Lic. en Trabajo Social

Ocupación: estudiante Estado Civil: Soltera.

Turno en el que estudia (en caso de ser estudiante): Mañana

Plantel: C.U.

Delegación de Procedencia o Municipio: Coyoacán

Número telefónico de referencia:

Lugar del que llama (casa, escuela, teléfono público, etc.): Casa

¿Cómo se enteró del Servicio?: Por el facebook

¿Presenta caso Legal? SI () NO (X)

• Violación	
• Delito sexual	
• Lesiones	
• Secuestro	
• Homicidio	

• Otros: X

Nota: Derivarse, consultar directorio e informar al usuario que el Call Center no es competente para estos casos.

Motivo de la llamada.

La usuaria expone que tiene problemas emocionales y desconfianza ya que tiene un novio que la trata muy mal pero como es amigo de su familia (la cual es muy extensa), lo defienden a él, y a ella le dicen que no lo deje. Pero ella le tiene miedo por violento.

Encuadre.

Le indiqué los horarios en los que podía hablar y que estaba en la mejor disposición, de seguir atendiéndola, si no podía hablar a la hora que ella lo deseara con alguno de mis compañeros.

Exploración del Usuario (estado de ánimo, observaciones durante la llamada, etc.).

La usuaria se escuchaba orientada en tiempo espacio y persona, también se escuchaba nerviosa. Con esta usuaria estuve preguntándole sobre los apoyos que tienen, los trabajos que sabe realizar, preguntando sobre los sentimientos que tiene, y orientar posibles soluciones, que tenía que acudir a terapia presencial o de grupo para que poco, a poco fuera saliendo de ese círculo del que no podía salir.

Posible Diagnóstico.

Baja autoestima e inseguridad.

Acciones efectuadas por el Prestador de Servicio (Intervención).

Por toda la historia que compartió conmigo la usuaria, le hablé de la cultura machista y estuvimos trabajando con autoestima, habilidades sociales con role playing.

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

UNAM.

4.9 Limitaciones y beneficios

1.- Ventajas que brinda la atención telefónica:

(Orihuela, 2005) comenta que resulta evidente la ventaja del teléfono para el desarrollo de la comunicación interpersonal e impulsar servicios y estrategias de atención para la población. Profesionales de distintos sectores sociales ofrecen una gran variedad de servicios vía telefónica. Entre las ventajas destacan:

- a) Confidencialidad de las/los interlocutores, de este modo el diálogo se desarrolla en un marco de confianza y libertad; La usuaria o usuario se motiva a expresar ideas y sentimientos que estando en una relación presencial, cara a cara, le sería difícil externar.
- b) La comunicación es individual y personalizada.
- c) Es versátil, le permite a el/la usuario/a reducir el nivel de dependencia respecto a un consejero y resulta muy útil para el seguimiento de casos.
- d) Es un servicio accesible.
- e) El costo por su uso es bajo.
- f) El teléfono permite prestar una atención inmediata y vital, en cuanto a crisis emocionales y evita alcances de mayor gravedad.
- g) Permite recibir una atención sin tener que desplazarse grandes distancias.
- h) Permite que personas con capacidades diferentes, puedan tener acceso al servicio, sin tener que moverse de su domicilio.
- i) Además de que en mi experiencia, me parece importante comentar que el servicio puede tener ventajas para los enfermos psiquiátricos medicados, que muchas veces, se les

dificulta tener amigos, y se sienten solos, o aquellos que no se atreven a salir de casa, ya sea por las inseguridades o por algún temor, a que algo les pase.

2.- Algunas limitaciones:

- a) Al no tenerse contacto cara a cara se pierden referencias respecto a la postura, actitud y aspecto de la persona que solicita el servicio.
- b) Falta de continuidad en la relación terapéutica.
- c) Dificultad para establecer procedimientos de seguimiento de los casos.
- d) Falta de información proveniente de los mensajes no verbales y del lenguaje corporal de la persona.
- e) La/El usuario/a tiene el control de la llamada y el poder de iniciar o terminar la conversación telefónica y decide que información desea compartir con el/la orientador/a.
El usuario puede hablar e inventarse una historia que no sea verdadera.

Conclusiones

Durante mi servicio social en el *Call Center* de la Facultad de Psicología, de la UNAM, pude darme cuenta de que realmente es preocupante el número de trastornos relacionados con el estrés, debido a que éste juega un papel importante en patologías como la depresión y la ansiedad, como lo confirman encuestas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, De la Fuente (2011).

Me parece significativo destacar la importancia de conocer el funcionamiento del organismo, debido a que cuando los estímulos estresantes, son crónicos, las interacciones hormonales se desregulan, por lo que el funcionamiento se ve disminuido y a consecuencia de ella hay un incremento de la susceptibilidad a la aparición de enfermedades, cualquier estímulo que amenace alterar el equilibrio (homeostasis), físicos (traumatismos), biológicos (infecciones), químicos (intoxicaciones) ambientales (desastres naturales), sociales (violencia física o psicológica), carencias (económicas) de salud (enfermedades crónicas, cáncer), cognitivos (pensamientos que dan lugar a respuestas de alertamiento), afectivos (procesamiento emocional que resulta desadaptativo) puede provocar estrés, la percepción del estresor, la capacidad del individuo para controlar la situación y la preparación de la persona por la sociedad para afrontar los problemas, son factores que pueden hacer que el estrés sea leve o intenso.

Es importante saber cuáles síntomas pueden ser un buen indicador para conocer el nivel de estrés y determinar el riesgo de salud mental, el instrumento diseñado para ese fin, fue una escala del 1 al 10, con base a los criterios de estrés en el DSM-IV en la que les pregunté cómo se sentían respecto a: Irritabilidad, insomnio, enfermedades frecuentes, sudoración incrementada, manos frías, agotamiento y mala concentración, preguntando al inicio y al final, y así detectar si se redujo el nivel de estrés con la llamada.

Es significativo destacar que entre más informadas estén las personas sobre qué es lo que les está sucediendo, van a reaccionar mejor para ayudar al

organismo a restablecerse, porque que cada individuo, tiene sus propios recursos y sus demandas, ya que no es algo que se puede evitar, debido a que el estrés es la respuesta inespecífica de cualquier demanda a la que sea sometido.

Con la apertura del *Call Center* se obtuvo una respuesta favorable de la población, generalmente se inicia dando un apoyo social, el cual hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, tales como amigos, familiares y compañeros de trabajo, que son quienes generalmente proporcionan asistencia informativa y emocional: el *Call Center* puede ayudar a estas acciones si de momento no se encuentra presente dicho apoyo, ya que considero importante que el tener acceso a una línea directa en la que solamente con marcar un número telefónico se recibe una respuesta inmediata para la persona que lo necesite puede ser un factor moderador de riesgo para cualquier enfermedad asociada al estrés.

Afortunadamente en México, se están abriendo cada vez más espacios en donde es posible obtener ayuda de tipo emocional.

El escuchar a las personas tranquilas después de una llamada en donde en un inicio se encuentran alterados me dejó una sensación de satisfacción, conocer sobre el tema del estrés, resulta de gran ayuda, ya que el usuario sabe que es lo que le está sucediendo en el organismo y puede saber qué hacer para tranquilizarse.

Me parece importante resaltar que dentro del servicio telefónico se puede llegar a tener un gran crecimiento personal y profesional, por la gran variedad de problemáticas, a las que se enfrenta el psicólogo y gracias a eso puede ampliar y enriquecer su experiencia y conocimiento.

Tiene ventajas a corto y a largo plazo ya que evita al usuario desplazarse del lugar donde se encuentre, además de evitarle gastos económicos y la oportunidad de intervenir en el momento más cercano a una crisis y aunque lo ideal es que el usuario hable del evento y así tratar de ayudarlo, comprenderlo y orientarlo cuando sea necesario, el simple hecho que se desahoguen, y se

sientan escuchados puede provocar que haya una disminución de psicopatologías.

Otra de las ventajas es que personas con capacidades diferentes tienen acceso a este servicio, sin necesidad de trasladarse físicamente a algún sitio.

El servicio telefónico tiene como limitación el hecho de que al no tener contacto cara a cara se pierden referencias respecto a la postura, actitud y aspecto de la persona que solicita el servicio, solamente se puede confiar en lo que digan los usuarios además; ellos tienen el control de la llamada ya que pueden colgar a la hora que lo deseen.

El principal objetivo de este informe de servicio social fue ver cómo y por qué el estrés subyace en las problemáticas que presentan los usuarios.

Por último me parece importante señalar que los hallazgos asociados en el presente reporte fueron consistentes con los resultados de otra tesis de Urzua (2009), cabe mencionar que en ningún estudio encontré datos estadísticos de las personas beneficiadas por este servicio.

Así mismo resaltar la necesidad de sensibilizar a la población general de la importancia, de cuidar la salud mental y física, así como dar a conocer que un tratamiento psicosocial de autocuidado que tiene como objetivos el conocer, reducir y prevenir trastornos psicológicos puede ser la diferencia entre salud mental o trastorno psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. (2008). *Taller Primero Auxilios Psicológicos*. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología en el cubículo de la brigada de Intervención en crisis).
- Álvarez, J. (2011). *Reporte del programa de intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM: una propuesta psicosocial*. Tesis de Maestría en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Álvarez, J. (2012). *Proyecto libre Call Center INJUVE*, México: Facultad de Psicología, UNAM.
- American Psychiatric Association (APA). (4a ed.). (2000). *DMS IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Anderson, C., Hugarty, G. y Reiss, D. (1986) *Esquizofrenia y familia*. Madrid: Amorrortu.
- Beck y Rush, (18ª ed.). (2008) *Terapia cognitiva de la depresión*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Bellak y Small. PAX (2ª ed.). (2004). *Psicoterapia breve y de emergencia México*:
- Benveniste, D. (1999). *Artículo traducido al español por la Lic. Adriana Prengler*. Caracas. Diciembre, 1999.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Beristain, C.(2010). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. Bilbao, España: Ediciones Hegoa.
- Camacho, P., & Heinze, G. (2010). *Guía Clínica para el Manejo de la Depresión*. Guías Clínicas para la Atención de los Trastornos Mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Camacho, P., & Heinze, G. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

- Campos, P. y Cols. (2005). *Tratamiento psicofisiológico y conductual del trastorno de ansiedad*. Salud Mental, 28, 28-37.
- Carlson, N. (8ª. Ed.). (2006). *Fisiología de la conducta* Madrid: Pearson, Addison Wesley.
- Castro, M. (2ª ed.). (2008). *Tanatología, la inteligencia emocional y el proceso de duelo*. México: Trillas.
- Charles, B. Nemeroff, J. Douglas, B. Edna, F. Helen, M. Murray, S. (2005). *Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review*. [Científico]. Journal of psychiatric research elsevier, 13-16.
- Cohen (1997). *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastre*. México: Edit. Harla.
- De la Fuente, R. (14 ed.). (2011). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Domínguez Trejo y cols. (2002). *Monitoreo no invasivo de la temperatura periférica bilateral en la evaluación y tratamiento psicológico*. Psicología y Salud, 11(2) pag. 61-73.
- Frankl, V. (2003). *El hombre en busca de sentido*. Alcalá: Ediciones Rialp, S.A.
- Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.
- García, G. (2005). *Actualidad del trauma*. Buenos Aires: Gramma.
- Gómez del Campo, J. (1992). *Intervención en las Crisis: Manual para el Entrenamiento*. México: Universidad Iberoamericana.
- Kandel, E., (2000). *Principios de neurociencia*. Salamanca: McGraw-Hill.
- Kramlinger, K. (2002) *Guía de la Clínica Mayo sobre depresión*. México: Editorial Plaza Janés
- Kübler-Ross, E. (2008) *Sobre la muerte y los moribundos*. México. ¡DeBOLS!LLO
- Medina, M. Y Robles, R. (2009). *El manejo de la depresión y la esquizofrenia en México*: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Nezu M, A.; Nezu M, Ch. (2008). *Entrenamiento en solución de problemas*. Madrid: Siglo XXI.

- Orihuela, D. (2005). *Manual de operación para el personal de Línea Telefónica de emergencia de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México*. México: (SEDESOL) /Tech Palewi s. c.
- Ortega, H. Y Cols. (2008). *Curso Psicoeducativo para familiares de pacientes con esquizofrenia*. Clínica de esquizofrenia. México: INPRFM.
- Porta y Zagler. (1ª ed.). (2002). *Administrar el estrés*, Barcelona: Urano.
- Puente, F., A. Gaitán, J. Ramos, L. Bustos. (2007). *Sistemas de Salud y Medicina a Distancia SAPTEL*, México: Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental, A.C.
- Saita, O. (1999). *Estrés y manifestaciones clínicas*. México: Mc. Graw-Hill.
- Slaikou, K., (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Soto, A. (2006). “*Proyecto para la formación y el fortalecimiento de los programas de prevención y atención de la violencia familiar del Instituto Poblano de la Mujer*”. Caminos Posibles de Investigación, Capacitación y Desarrollo, s.c. Puebla: Indesol.
- Urzua, S. (2009). *Modelo de Atención Telefónica con Enfoque en Terapia Gestalt*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Páginas web:

<http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2011/Num10Vol1-2011.pdf>

<http://www.laguia2000.com/mexico/el-terremoto-en-mexico-de-1985>

<http://www.rae.es/rae.html>

http://redescolar.ilce.edu.mx/educontinua/educ_civica/La_Gracia/Drogas/Adicciones.htm

<http://www.saptel.org.mx>